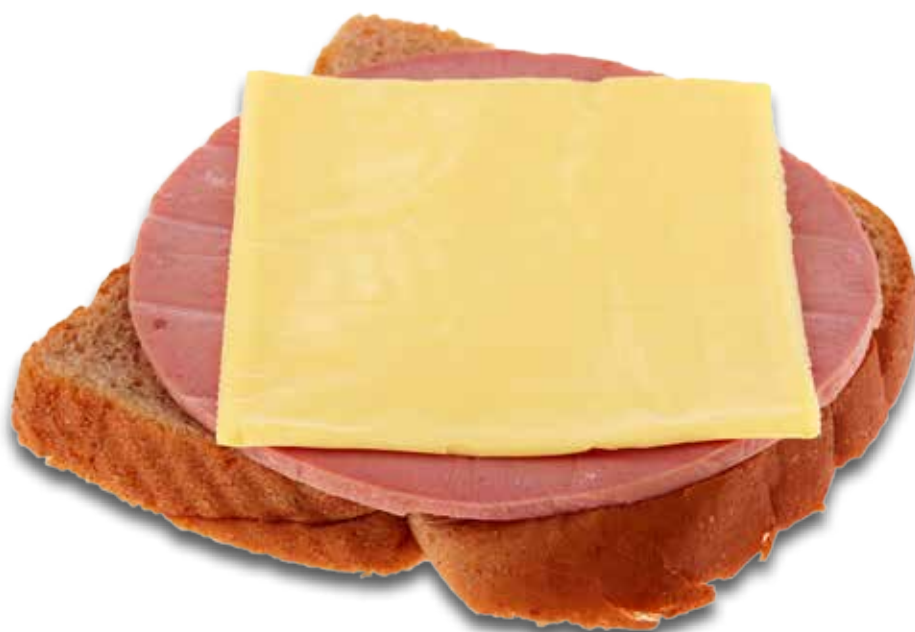


Trenger du 3 års høyskole- utdanning for å lage denne?



Tidstyver. En ny undersøkelse viser at matlaging, vasking
og skjemaer tar mye av sykepleiernes tid.

Det går utover pasienten. **22**

● **Hva skjer**
Bygget vanntanker
på Filippinene. **16**

● **Sykepleie**
Aksepterer vold
på jobben. **40**

● **Påfyll**
Spinalonga:
skammens øy. **60**

● **Meninger**
Tett på Safia Abdi
Haase. **74**



*"Jeg er jo sykepleier,
så den renten på boliglånet skal
jeg få kuttet betraktelig."*

KLP-medlemmer er faktisk **ikke helt på vidda** når de påstår at de har eksklusiv tilgang til markedets kanskje beste boliglån. For siden arbeidsgiveren din eier KLP, får du personalpriser på lån, forsikring, bank- og fondssparing.

Sjekk selv hvor mye du kan spare, gå inn på **klp.no**

klp

for dagene som kommer

Trygg hudpleie for hele familien

DEC28_DEC2013NO



Decubal clinic cream:
For daglig pleie av tørr og sensitiv hud. Kan brukes av hele familien, både barn og voksne. Tilgjengelig også med pumpe.

38%
fettinnhold

Decubal lipid cream:
En rik og pleiende hudkrem med 70% fettinnhold for veldig tørr og problematisk hud. Forbedrer hudens elastitet og beskytter huden mot fukttap. Anbefalt av Astma-Allergi Danmark og det svenske Astma og Allergi-forbundet.

70%
fettinnhold

DECUBAL basic
original clinic cream
FOR DRY AND SENSITIVE SKIN
nourishing and moisturising cream for daily skin care
No perfume
No colourants
No parabens

DECUBAL treatment
lipid cream
RESTORED DRY AND PROBLEMATIC SKIN
rich lipid treatment that restores the skin's lipid barrier
70%
No perfume
No colourants
No parabens

Tørr og sensitiv hud krever effektiv og samtidig mild pleie. Decubal er en komplett hudpleieserie for både ansikt og kropp. I 40 år har vi utviklet milde og effektive produkter for tørr og sensitiv hud, i nært samarbeid med nordiske hudleger.

Uten parfyme, fargestoffer eller parabener

Actavis

DECUBAL
EXPERT CARE FOR DRY SKIN

www.decubal.no

Decubal kan du kjøpe her: **APOTEK 1**

apotek

ditt apotek

vitus|apotek

Støttestrømper

Til jobb og fritid

Våre komprimerende strømper er utviklet for å øke blodsirkulasjonen i fot og ben. Det økede trykket virker forebyggende mot blodpropper, åreknuter og motvirker også hovne og trette ben.

Samtidig gir kompresjonsstrømpene inntil 30% hurtigere restitusjon!



xwear.no

Oversterin®

Oversterin «Aspen»

Østrogen.

ATC-nr.: G03C A04

TABLETTER 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneh.: Østriol 1 mg, resp. 2 mg, laktose, hjelpestoffer.

VAGINALKREM 0,1%: 1 g inneh.: Østriol 1 mg, oktyldodekanol, cetylpalmitat, glyserol, cetylalkohol, stearylalkohol, polysorbat 60, sorbitanmonostearat, melkesyre (E 270), klorheksidindihydroklorid, natriumhydroksid, renset vann.

VAGITORIER 0,5 mg: Hver vagitorie inneh.: Østriol 0,5 mg, hardfett.

Indikasjoner: Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovarieektomi. Atrofisk vaginitt og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Profylakse ved kronisk residiverende cystouretritter ved østrogenmangel. Kun tablett: Ikke infeksiose cystouretritter som følge av østrogenmangel. Cervikal sterilitet. Forsøksvis ved visse former for urininkontinens. **Reseptfri bruk:** Behandling av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

Dosering: Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. Urogenitale plager: Tablett: 2-3 mg 1 gang daglig i 2-3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1-2 mg daglig. Vaginalkrem/vagitorier: 1 applikasjon krem/1 vagitorie hver kveld i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikasjon krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke. Pre- og postoperativt ved vaginale inngrep: Tablett: 1 mg daglig. Vaginalkrem/vagitorier: Preoperativ behandling bør startes 2 uker før operasjonen med 1 applikasjon krem/1 vagitorie hver kveld, og fortsetter postoperativt i minst 2 uker. Cervikal sterilitet: Tablett: 0,5-1 mg daglig fra 6. til 15. dag. **Administrering:** Tablett: Tas helst til samme tid hver dag. Hele dagsdosen tas på en gang. Svelges hele med litt vann eller annen drikk. Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden ved hjelp av kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneh. østriol 0,5 mg. Vagitorier: Brukes ved sengetid.

Kontraindikasjoner: Kjent tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert vaginalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Porfyri. Kun tablett: Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Forsiktighetsregler: HRT bør kun initieres for behandling av postmenopausale symptomer ved symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas opp og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart. Tilstander som krever oppfølging: Leiomyomer (uterine myomer), endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske forstyrrelser, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelighet for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten vaskulære symptomer, gallesten, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtryksstigning, nye anfall av migrene lignende hodepine eller graviditet. Hormonell substitusjonsbehandling med preparater med systemisk effekt øker risikoen for endometriehyperplasi, endometrie-, bryst- og ovarialkreft samt venøs tromboemboli, iskemisk slag og koronar hjertesykdom. Det antas at sannsynligheten for og alvorlighetsgrad av disse tilstandene er betydelig lavere ved lokal administrering. Ved pre- og postoperativ bruk ved vaginale operasjoner bør profylaktisk behandling mot trombose overveies. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se Preparatomtale (SPC).

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Skal ikke brukes under graviditet. Dersom graviditet inntreffer skal behandlingen seponeres. Epidemiologiske studier indikerer ingen teratogene eller føtotoxiske effekter. Amming: Tablettene skal ikke brukes under amming. Østriol utskilles i brystmelken og kan nedsette melkeproduksjonen.

Bivirkninger: Bivirkningene er ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsganer/bryst: Ubehag og smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige (ved lokalbehandling): Irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. Klasseeffekt for systemisk østrogen: Galleblæresykdom, hud- og underhudssykdommer (kloasma, erytema multiforme, erytema nodosum, vaskulær purpura), mulig demens >65 år.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger G03C side d.

Pakninger uten resept: Vaginalkrem 15 g og vagitorier 15 stk. er unntatt fra reseptplikt.

Pakninger og priser: Tablett: **1 mg:** 90 stk. (blister) 590265. **2 mg:** 90 stk. (blister) 023200.

Vaginalkrem: 15 g 532655. **Vagitorier:** 15 stk. 547802.

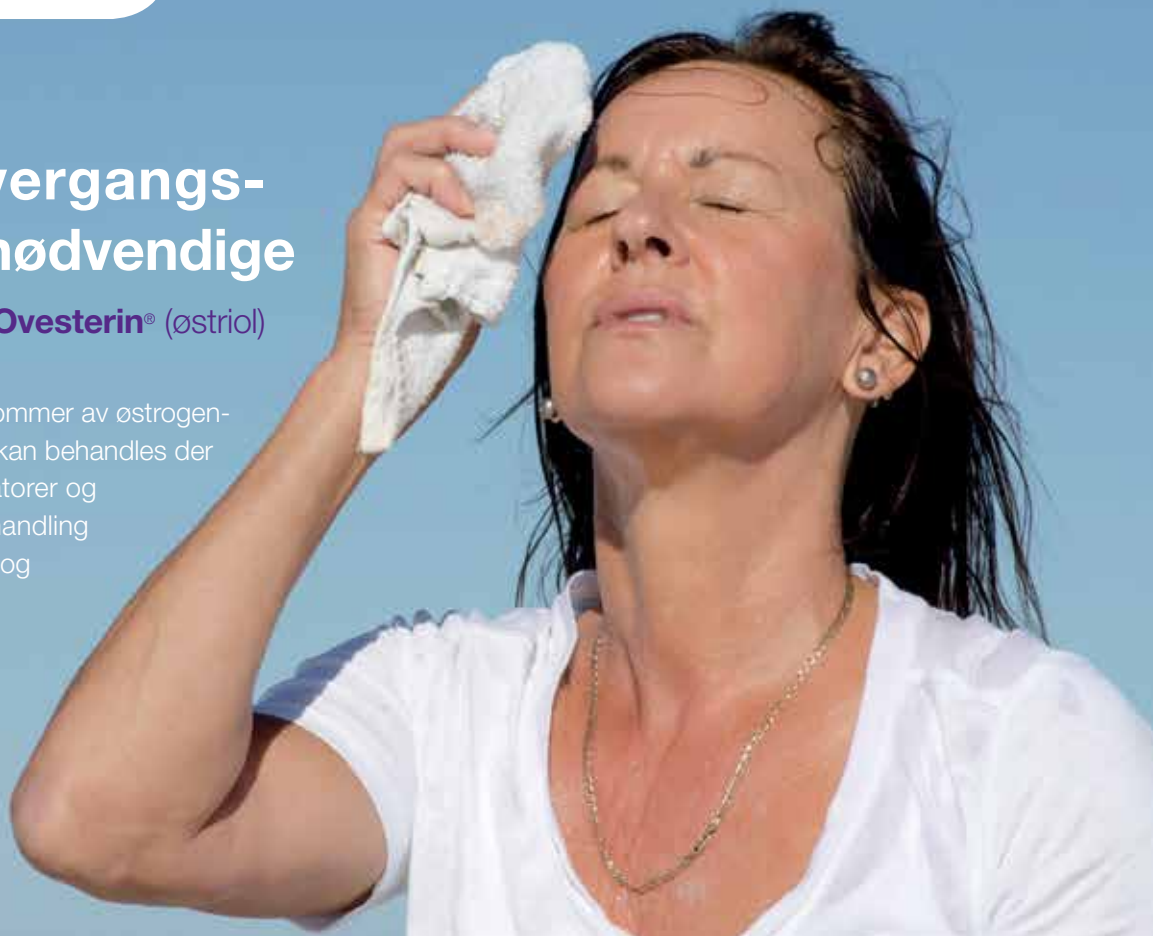
Sist endret: 19-09-2014

Markedsføres i Norge av Navamedic ASA
Kontakt: infono@navamedic.com
Telefon 67 11 25 40

Noen plager i overgangsalderen er helt unødvendige

- behandling med reseptfritt Ovesterin® (østriol) er effektivt

Svie, tørrhet og kløe i underlivet som kommer av østrogenmangel er vanlige problem som enkelt kan behandles der symptomene oppstår. Ovesterin® Vagitorer og Ovesterin® Vaginalkrem er en lokal behandling som virker der den påføres - i skjedens og urinveienes slimhinner.



Slik virker Ovesterin®

Ovesterin® inneholder det kvinnelige kjønnshormonet østriol, som er det svakeste av de naturlig forekommende østrogener. Lokal applisering av østriol (Ovesterin®) er trygg og sikker hormonbehandling med over 30 års positiv klinisk erfaring.

Bruk Ovesterin® til å motvirke de negative forandringer som oppstår i vaginas slimhinner og i de nedre urinveiene på grunn av mangel på østrogen. Østriol hjelper til med å holde underlivets slimhinner elastiske og motstandsdyktige både mot både naturlig berøring og mot infeksjoner.

Reseptfritt Ovesterin® finns som vagitorier og vaginalkrem. Vagitoriene kommer i 15 pakninger. Kremen kommer i tube med 15 gram. Velg den form som passer best.

Se Felleskatalogen

Markedsføres i Norge av Navamedic ASA www.navamedic.com Telefon 67 11 25 40
Utgitt oktober 2014

Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



Ovesterin® vagitorier (østriol)



Navamedic ASA
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com

 **Navamedic**





Sør-Trøndelag



NSF Sør-Trøndelag har den glede å invitere alle våre medlemmer til Fylkesmedlemsmøte/julemøte

Dato: Onsdag 3. desember 2014
Kl.: 18.00-21.00 (Registrering fra kl. 17.15)
Sted: Radisson Blu Royal Garden Hotel

Program

- Innlegg ved Sigvor Ljone: «Sykepleieren og pasienten – møtet mellom to personer»
- Underholdning ved Cantus
- Utdeling av Sykepleierprisen 2014
- Bepising

Juryen for sykepleierprisen trenger gode forslag på kandidater. For mer informasjon om statuttene for prisen samt forslagsskjema, gå inn på vår hjemmeside www.nsf.no/sortrondelag

For mer informasjon om påmelding

Arrangementet er gratis for våre medlemmer. Påmelding gjøres ved å gå til vedlagt lenke. Husk at du må være innlogget for å melde deg på.

Bindende påmelding innen onsdag 19. november på www.nsf.no/sortrondelag

Ved spørsmål, ta kontakt med fylkeskontoret:
Tlf: 02409 eller e-post: sor-trondelag@nsf.no

HJERTELOG VELKOMMEN!

Innhold



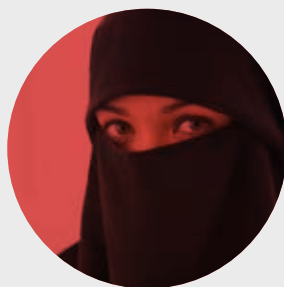
12 | 2014 Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo, Tlf.: 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no



Hva skjer

- 08** Aksjonisten
- 12** Smånyheter
- 14** Vurderer forbud mot niqab
- 15** Sju av ti jobber deltid
- 16** I nyhetene: Emilia Sæter
- 17** Lønnshopp for svenske sykepleiere
- 18** Trenger plan og penger
- 21** Pasienter skades på sykehuset
- 22** Tema. Tidstyver sliter ut sykepleiere.

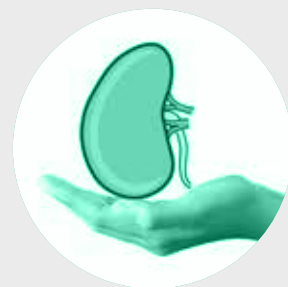


Vurderer forbud mot niqab på HiØ. **14**



Sykepleie

- 36** Riktig renhold forebygger smitte
- 40** Aksepterer vold på jobben
- 43** Min jobb: Veetamo Kari Lyngmo White
- 44** Når sykepleie redder liv
- 50** Foreldre er ikke eksperter
- 52** Etik: Elin Albrigtsen
- 54** Mindre smerter etter nyretransplantasjon



Bedre for nyre-donorer etter operasjonen. **54**



Påfyll

- 58** Småstoff fra faget
- 60** Fakta: De levende døde. Spinalonga var de leprasykes øy.
- 62** Quiz og kryssord



Låst til øya med de andre syke. **60**



Meninger

- 64** Eli Gunhild By om akuttkompetanse
- 65** Meninger fra leserne
- 69** Minneord
- 70** Anlovs arrest
- 71** Innspill: Ibrahim Abdille
- 72** Kronikk: Linda Øye
- 74** Tett på Safia Abdi Haase



Hedret av kongen for sin innsats. **74**

Forsidefoto: Colourbox

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leergaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Astrid Svalastog, Ole Morten Vindorum. **Grafisk:** Hilde Rebård Evensen,

Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedsjef (91 60 38 12). Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Mari Lemme. **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Color Print A/S

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Samfunnstjeneste. Flere sykepleiere er ikke svaret på alle spørsmålene i helsetjenesten.

Inn med bleiesoldatene?



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

I den svenske valgkampen foreslo Socialdemokraterna nylig å verve 20 000 unge arbeidsledige til å jobbe som trainees i eldreomsorgen. Ledigheten blant svenske ungdommer er skyhøy, mens behovet for flere hender i eldreomsorgen er tilsvarende stort. Med «Sosserne»s plan kunne unge mennesker få verdifull arbeidstrening og opplæring, samtidig som de kunne få innsikt i en sektor som sårt trenger rekruttering. Partileder Stefan Löfven var villig til å bla opp 3,5 milliarder kroner for å realisere forslaget, men ideen ble skutt ned nesten umiddelbart.

Vårdförbundet, NSF's søsterorganisasjon, var absolutt ikke begeistret. Løsningen er ikke flere ufaglærte, mente forbundets leder Sineva Ribeiro. Hun frykter at jobben med å sysselsette og lære opp en skokk med unge i eldreomsorgen bare ville medføre sløsing med sykepleiernes allerede knappe tid. «Helsetjenesten skal være kunnskapsbasert, ikke en arbeidsmarkedsregulator», slo hun fast. Dermed er ideen så godt som død i Sverige, selv om Löfven vant valget.

GIV AKT. Også i Norge er det røster som mener at behovet for flere hender i eldreomsorgen kan løses ved at flere unge mennesker tilbys en slags førstegangstjeneste på sykehjem. Senterpartiets Kjersti Toppe foreslo nylig å omdanne den tradisjonelle verneplikten til en samfunnstjeneste hvor arbeid i eldreomsorgen kan være en av flere valgmuligheter. Toppe mener en slik nasjonal dugnad kan gjøres mer attraktiv ved at «rekruttene» får betalt som ufaglærte, en viss opplæring og attpåtil studiepoeng når de blir dimittert.

Toppes forslag er helt i tråd med en av konklusjonene fra det såkalte Hagen-utvalget. Utvalget, ledet av Kåre Hagen, pekte på at Norge i framtiden ikke kan drive en vegg-til-vegg eldreomsorg basert på kun offentlig innsats. Ikke vil det være nok penger og ikke vil det være nok fagfolk. Selv blant sykepleierne er det relativt få som velger eldreomsorgen som karrierevei. Derfor må familie, naboer og frivillige trå til, mente Hagen. En verneplikt med mulighet for å velge sykehjem framfor skyttergraven ville understreke at vi står sammen om en oppgave som er i ferd med å vokse oss over hodet.

PÅ STEDET HVIL. Men heller ikke i Norge har dugnadsideen slått an hos sykepleierne. – Ville du levert inn bilen din til en mekaniker med et tre måneders kurs? spurte NSF's fylkesleder i Hordaland, Mette Mikkelsen, retorisk da hun ble spurt av Bergens Tidende. Hun mistenker at verneplikt på sykehjem bare blir et skalkeskjul for at flere ufaglærte settes til å utføre pleie av eldre. Og det er det bare sykepleiere som kan.

Jeg vil tro at yrkesgruppens mistro til å la nye tropper slippe til, bunner i negative erfaringer med de mange ufaglærte som allerede nå jobber i eldreomsorgen. Det er likevel grunn til å advare sykepleierne mot en forestilling om at det eneste mulige svaret på alle utfordringene i helsetjenesten er å ansette flere sykepleiere.

– Jeg har en naturlig skepsis til alle som søker å blande profesjon og fagforeningsarbeid, uttalte nylig statsminister Erna Solberg i Tidsskrift for Norsk Psykologforening.

Det er selvfølgelig en brutal uttalelse for alle som kombinerer disse to interessene. Men om vi tolker henne i beste mening betyr det ikke annet enn at hun mener at det er viktigere å spørre brukerne hva de trenger enn å be profesjonene om å definere hvor mange nye stillinger som trengs. Det kan det være noe i.

Fagfolk vil som regel mene at flere fagfolk må til, skal det bli greie på ting. Ofte er det også riktig. Men ikke alltid. Og ikke alltid overalt. Det finnes faktisk også tilbud som kan bli bedre for brukerne uten at vi behøver å bruke de største kanonene. Ved alltid å rope om flere sykepleiere, kan sykepleierorganisasjoner stå i fare for å snevre inn handlingsrommet for nytenkning. Det ville i så fall være synd.

NAPOLEONS HÆR. Å bruke verneplikten som en dugnad for å løse et lands største utfordringer, er ikke noe nytt. Allerede under Napoleonstiden var det akseptert at landets ungdommer måtte kunne utkommanderes når nasjonen var truet. Under den kalde krigen var det aldri noen spørsmål om vi kunne overlate bevoktningen av våre grenser til unge gutter som kom rett fra skolebenken. Jeg kan heller ikke huske at generaler høylytt fryktet hva som kunne skje når kvise rekrutter ble satt til å føre tanks eller avfyre et AG3-gevær, selv om heller ikke det



Illustrasjon: Marie Rundereim

var uten risiko. Vi stolte åpenbart på at de med en viss opplæring gjorde jobben sin, selv om de færreste hadde et kunnskapsbasert syn på hva en granat gjorde med fienden.

I dag kan vi skyte ned fienden fra et datarom på den andre siden av kloden. Det er derfor ikke lenger bruk for 50 000 ungdommer i året i Norge som skal lære seg å marsjere. De kunne godt ha gjort andre oppgaver, forutsatt at det finnes en samfunnsmessig relevant oppgave de kan settes til.

Hagen-utvalget mente at eldreomsorgen nettopp kunne være en slik samfunnsoppgave. Mindre rike land i vesten har for lengst måttet gi den frivillige sektor en langt større plass i eldreomsorgen for i det hele tatt å sikre et minimumstilbud. Norges rikdom har kanskje gjort at noen tror at vi bare kan trekke opp noen oljefelt til hvis vi trenger flere sykehjemsplasser eller flere sykepleiere i framtiden. Men så enkelt er det ikke. Med mindre vi baserer oss på at sykepleiere fra utviklingsland skal ta seg av våre gamle, må

den profesjonelle omsorgen i framtiden gå hånd i hånd med den ikke-profesjonelle også her til lands.

SLAKT. Det er her ideen om å innføre samfunnsplikt kan komme inn. Det er ikke sikkert at det lar seg gjennomføre, og det vil

«Det er ikke bare å trekke opp flere oljefelt.»

aldri kunne bli et svar på behovet for å få mer spisskompetanse i tjenestene. Men ideen fortjener ikke å bli slaktet med et argument om at vernepliktige ikke kan det sykepleierne kan. Som en undersøkelse om tidstyver i denne utgaven viser, er det fortsatt en god del ting som sykepleiere i eldreomsorgen med fordel kan overlate til andre. ●

barth.tholens@sykepleien.no



Mange fordeler i ett og samme kort

Nå har du mulighet til å skaffe deg NSF MasterCard, som erstatter både medlemskortet ditt og eventuelle kredittkort du måtte ha. I tillegg kan alle med NSF MasterCard opprette en tilleggskonto for sparing med p.t. 2,8 % sparerente fra første krone.

NSF MasterCard:

- Kombinert medlemskort og kredittkort.
- Ingen årsavgift.
- Inntil 45 dagers rentefri betalingsutsettelse.
- Gratis SMS-varslng av transaksjoner.
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden.
- Gratis reiseforsikring for deg og 3 medreisende når min. 50 % av reisekostnadene betales med kortet.
- Gebyrfri nettbank med enkel og trygg pålogging med din BankID.
- Tilleggskonto for sparing med p.t. 2,8 % sparerente fra første krone og ingen begrensning i antall uttak.

Søk om kortet på www.nsfmastercard.no

Kundeservice 815 22 040

Eff. rente 29,2 %, kr 15 000,- o/12 md. totalt kr 16 937,-
NSF MasterCard – et produkt fra DNB Bank ASA

HK-0514 / DNBE 0731



Alle kan bruke aminoJern!

aminoJern Ferrochel er et lavdose jerntilskudd som kjennetegnes ved sin unike opptaksmekanisme.

aminoJern Ferrochel inneholder den patenterte jernforbindelsen Ferrochel som er basert på omfattende forskning både når det gjelder effekt, bivirkninger og toksisitet.

Ferrochel er utviklet av det amerikanske selskapet Albion Advanced Nutrition. Gjennom de siste 50 årene har Albion spesialisert seg på forskning, utvikling og framstilling av ulike chelater som bidrar til et optimalt mineralopptak.

aminoJern Ferrochel absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd. **aminoJern** Ferrochel er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen med dertil tilhørende kjente bivirkninger.

En rekke kliniske studier dokumenterer at **aminoJern** Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt. Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er også lett å administrere **aminoJern** Ferrochel da det kan inntas sammen med mat uten at effekten reduseres. **aminoJern** Ferrochel inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser, og kan derfor brukes av alle.

aminoJern Ferrochel markedsføres som et kosttilskudd av **Vitalkost AS** og selges i utvalgte apotek foruten helsekostbutikker.

For prøver, brosjyre og oversikt over studier, send mail til ralph@vitalkost.no eller ring 33 00 38 70.



www.aminojern.no



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 12 | 2014

Nyhet – Reportasje – Tema



Ledere: Karen Brasetvik har undersøkt hvordan ledere i kommunal sektor rekrutterer.

Hjelp lederne!

Undersøkt. Sykepleierledere mangler virkemidler for å lokke flere til jobber i kommunene. **18**



Håp. Foreldre vil gi uvirksom medisin. **13**



«Jeg liker denne typen arbeid. Det er et avbrekk fra den daglige jobben som leder.» Emilia Sæter, Kirkens Nødhjelp. **16**



Østfold. Vurderer forbud mot niqab. **14**



Reiser: Bjørn Fougner er sykepleier ved St. Olavs Hospital. Foto: Frode Nikolaisen / St. Olavs Hospital

Tenker på de lokale

EBOLA: Sykepleier Bjørn Fougner var fire uker i Sierra Leone i august for Røde Kors. Til nettsidene til St. Olavs Hospital sier han at oppholdet endret hans syn på ebola-epidemien og de lokale menneskenes kamp mot viruset.

– For meg er de lokale heltene, sier han.

Fougner har vært ute med Røde Kors før, men aldri i forbindelse med epidemier. Han hadde ikke erfaring

med ebola og fikk en bratt læringskurve. I Sierra Leone jobbet han med å sette opp et sykehus i Kenema. Han sier til St. Olavs nettsider at det var interessant å se hvor strengt det jobbes.

– Her finnes ingen rom for å leke cowboy eller å leke helt. Det viktigste jeg lærte under oppholdet er at alle involverte må følge de samme strenge reglene. Dersom dette gjennomføres, går det bra.

Han er opptatt av å framsnakke de lokale medarbeiderne.

– Jeg traff utrolig mange flotte mennesker under oppholdet, lokale innbyggere som på egen risiko reiser rundt for å informere om sykdommen, sier han.

– De har et moralsk mot jeg aldri blir lei av å fremheve.

Fougner sier det kan bli aktuelt å reise ut igjen.

Kilde: stolav.no

Mer penger til utstyr i sykepleierutdanningen

Satser. Regjeringen foreslår å bevilge 30 millioner kroner til profesjonsutdanningene sykepleie og ingeniørfag, i forslaget til statsbudsjett.

Sykepleier tiltalt

En mannlig sykepleier skal ha misbrukt sin stilling og utnyttet en pasient. Kvinnen han skal ha forgrepet seg på, var til psykiatrisk behandling etter seksuelt misbruk.

Politiet ville henlegge saken, men statsadvokaten valgte å reise tiltale.

Sykepleieren mistet autorisasjonen i vår.

Kilde: TV2

Må vite mer om probiotika

Vitenskapskomiteen for mattrygghet har vurdert to typer probiotika i morsmelkestatninger, tilskuddsblandinger og barnegrøt. Konklusjonen er at det fremdeles trengs mer kunnskap om probiotika. Tarmfloraen til barn er ikke ferdig utviklet, og man vet ikke hvilke konsekvenser langvarig bruk av probiotika kan få.

Kilde: Mattilsynet



Mer behov for helsearbeidere

Mindre vekst i behovet for folk med samfunnsfag, men det trengs flere i helse- og omsorgssektoren og i undervisning. Det melder Ådne Cappelen i Statistisk sentralbyrå til seniorpolitikk.no.

Han sier dette er en sektor i vekst og at det ikke bare handler om flere eldre med alvorlige lidelser, men også om spreke eldre som skader seg på joggetur.

Kilde: seniorpolitikk.no



Fakta og tall. Psyriske plager

15–20 %

av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av psyriske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer.

8 %

av barn og unge har så alvorlige problemer at det tilfredsstiller kravene til en psyrisk lidelse.

4 av 5

fireåringer med depresjon og atferdsforstyrrelser har en annen psyrisk lidelse i tillegg.

40 %

av ungdom mellom 13 og 18 år som lider av en gruppe psyriske lidelser (som stemningslidelser) også tilfredsstiller kriteriene til en annen gruppe av psyriske lidelser (som atferdsforstyrrelser).

Kilde: Folkehelse rapporten 2014



Blupp: Gulping er vanlig hos babyer.
Foto: Colourbox

Vil gi uvirksom medisin

GULPING: Foreldre vil gi barna medisin, selv om de informeres om at den sannsynligvis ikke vil virke. I en studie fikk foreldre presentert et hypotetisk scenario med et barn som gullet og gråt mye, men ellers var frisk. Foreldre-

ne ble delt i to grupper, der den ene fikk vite at barnet hadde gastrosofageal reflukssykdom, den andre fikk ingen diagnose på barnet. Halvparten fikk vite at tilgjengelig medisin sannsynligvis ikke virker, den andre halv-

parten fikk ingen slik informasjon.

De som fikk et scenario med en diagnose, ville gi barnet medisin, selv om de fikk informasjon om at den ikke ville virke.

Kilde: Dagens Medisin

Kjemper om Bob Dylan

Forskere ved Karolinska instituttet i Stockholm konkurrerer om å publisere flest artikler med sitater fra Bob Dylan. Det begynte for 17 år siden da Jon Lundberg og Eddie Weizberg skrev artikkelen Nitric oxide and inflammation: The answer is blowing in the wind. Konkurransen er åpen for alle.



Kilde: Dagens Medisin

Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland



TENA Wet Wash Glove

RENGJØRENDE OG PLEIENDE VASKEVOTT - myk og behagelig for hele kroppen

TENA Wet Wash Glove er en ferdigfuktet vaskevott, klar til bruk helt uten vann. Vaskevotten rengjør huden skånsomt med pleiende lotion og en forfriskende duft.

TENA Wet Wash Glove er et godt alternativ:

- når dusj av kroppen er vanskelig (gipset arm/ben, behandling, bevegelseshinder)
- ved sykdom
- for sengeliggende personer

Dermatologisk testet
Fri for parabener
og alkohol.



Fåes kjøpt via lokale grossister,
på apotek og hos Bandagist.



Hva skjer. Hodeplagg



Vurderer forbud mot niqab

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

FORBUD: Høgskolen i Østfold har fått sin første student som bruker heldekkende ansiktsplagg. Det har skapt debatt.

I fjor vedtok fylkestinget i Østfold forbud mot heldekkende hodeplagg ved de videregående skole-ene i fylket. Forbudet gjelder i forbindelse med undervisningen.

Høgskolen i Østfold har i flere år hatt et internasjonalt studentmiljø, men har nå for første gang studenter som bruker niqab. Niqab er et heldekkende hodeplagg med en smal åpning for øynene. Det har satt fart i debatten om forbud. Til syvende og sist er det høyskolestyret som bestemmer. Styret har igjen universitets- og høyskolelov og en del andre lovverk å forholde seg til.

STØTTER FORBUD. Fylkesleder Karen Brasetvik i NSF Østfold tok kontakt med Rådet for sykepleie-etikk (RSE) for å få deres vurdering av et eventuelt forbud.

I sitt svar skriver RSE at heldekkende hodeplagg bør forbys både i utdanning og helseinstitusjon.

«Vi tror det er viktig at høyskole-ene/universitetene går sammen om et felles forbud mot heldekkende hodeplagg ... Det må ikke bli slik at vår iver etter å imøtekomme andre religioner og kulturers behov, går foran hensynet til et tillitsskapende miljø. Vårt helsevesen og vårt utdanningssystem er i stor grad bygget på tillit og derfor er det viktig at vi ivaretar våre tradisjoner. Det vil i det lange løp komme studentene og pasientene til gode.»

Rådet begrunner dette ut fra sykepleieres profesjonsetikk som forplikter at pasienthensynet kommer først.

«Profesjonsetikken understreker at overordnet alle andre hensyn er pasientsikkerhet og konsekvenser



Skjul: Hodeplagget niqab skjuler ansiktet unntatt øynene.
Illustrasjonsfoto: Colourbox

for pasientomsorg og behandling. Hensyn til arbeidsgiver eller egne behov må altså være underordnet dette ... Det er pasientenes livssyn og åndelige behov som har forrang og ikke ens eget.»

ANDRE LAND. Holland har forbudt arbeidsantrekk som skjuler ansiktet begrunnet med at alle skal kunne identifiseres. I Frankrike er

«Hodeplagg bør forbys både i utdanning og helse- institusjon.»

Rådet for sykepleieetikk

det forbudt med hodeplagg og synlige religiøse symboler både på jobb og i skole. Allerede i 1997 forbød Tyrkia (med unntak av en kort periode) forbud mot bruk av niqab eller burka på universiteter. I Danmark er det ulik praksis ved at noen sykehus tilbyr hodetørkle/uniforms tørkle, mens andre ikke tillater dette på jobb. •

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Sju av ti jobber deltid

• Tekst **Marit Fonn**

JOBBEKULTUR: Sju av ti pleie- og omsorgsarbeiderne i kommunene jobber deltid.

Det viser kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2014, som ble publisert i oktober.

For kommuneansatte totalt er deltidsandelen 53 prosent, i pleie- og omsorgssektoren nesten 70 prosent. Minst deltidsarbeid er det i Finnmark og i de store byene, mest i Agder-fykene.

Trenden er at de yngste øker sin stillingsprosent, men de eldste jobber mindre enn før.

SJEKK DIN KOMMUNE. For tredje år gir Kommunesektorens organisasjon (KS) ut kommunestatis-tikk og fakta. På nettsiden ks.no kan man finne tall for enkeltkom-muner og sammenlikne seg med andre. For eksempel kan man sjek-ke i hvilken grad kommunen tilbyr heltidsstilling.

Data er blant annet samlet inn fra rådmenn og fylkesrådmenn og Statistisk sentralbyrå.

MANGLER. Ingeniører er den yr-kesgruppen kommunene nå sliter mest med å rekruttere. Men like et-ter følger spesialsykepleiere, syke-pleiere og barnehagelærere.

Å rekruttere toppledere er den største utfordringen, melder ledel-sen i kommunene.

Høy andel deltidsansat-te og sykefravær er også store utfordringer.

VI GJØR DET SÅNN-KULTUR. KS har heltid og deltid som eget tema i år. Ønsket er å øke andelen heltidsansatte.

– Hva er heltidskultur egent-lig? spurte Sara Andersson i Ip-sos MMI da publikasjonen ble lagt fram.

– En bit er teknisk og har med turnus og arbeidstidsordninger å

gjøre. Det er et regnestykke som skal gå opp. Men det har også med holdninger å gjøre: «Sånn gjør vi det hos oss.»

Mange arbeidsgivere jobber med det tekniske, ikke så mye med kultur.

– En av suksessfaktorene som arbeidsgiver er å tilby hele stillin-ger. Det er et konkurransefortrinn og gir kommunen et godt omdøm-me, sa Andersson.

ANGST. Hurum kommune i Buske-rud har lenge jobbet for å få flere fagutdannete helsearbeidere til å jobbe mer. Deltidsandelen var stor.

– Flere fikk angst da vi begynte: «Må jeg jobbe 100 prosent, så slut-ter jeg», fortalte Kari Stuvøy, som

«En av suksess-faktorene som arbeidsgiver er å tilby hele stillinger.»

Sara Andersson,
Ipsos

har vært kommunalsjef i mange år.

Men angsten avtok blant annet ved hjelp av studiesirkler, ifølge Stuvøy. En del av opplegget i Hu-rum er at alle til tider må steppe inn som vikarer.

– Nå jobber 44 av 107 full stil-ling. Før var det bare 22 av 107 som jobbet fullt, sa Stuvøy, som selv er sykepleier.

– Det er blitt lettere å rekrut-tere. Vi har flere søkere til alle sykepleierstillingene.

Hun understreket at man må ha de tillitsvalgte med på laget.

– De har vært de beste støtte-spillerne hos oss. ●

marit.fonn@sykepleien.no



30 år går fort!

Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsatte arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver. Det er arbeids-giver som søker om tildeling av Medaljen, og står for overrekkelsen.



Har du en medarbeider som fortjener en slik heder? Ta kontakt!



Tlf: 947 91 970 norgesvel@norgesvel.no www.medaljen.no



Emilia Sæter

– Jeg liker å hjelpe

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Bakgrunn

Emilia Sæter

Aktuell som: Sykepleier i beredskap for Kirkens Nødhjelp
Alder: 60 år

19. oktober foregår den årlige tv-aksjonen i NRK. I år er Kirkens Nødhjelp mottaker. Pengene skal gå til varig tilgang til rent vann, blant annet i Sudan og Etiopia (Les mer s. 33). Emilia Sæter, som er filippinsk, er i beredskapsgruppen. Da Filippinene ble rammet av tyfon i fjor, dro hun dit på jobb. Hun har tidligere vært på Haiti. Sæter er ekspert på vannbårne sykdommer i katastrofeområder. Til daglig er hun avdelingssykepleier på Lilleborg sykehjem i Oslo.

Hvorfor vil du være nødhjelpsarbeider?

– Som nyutdannet sykepleier på Filippinene i 1976 ble jeg sendt til en landsby i sør uten helsetilbud, som en del av landets helseprogram. Der var det geriljakamper og konflikt mellom muslimer og kristne. Jeg underviste om hygiene.

Og det likte du?

– Jeg liker å hjelpe og bidra med kunnskap. Etterpå søkte jeg jobb i Libanon, og i 1980 dro jeg til Beirut. Jeg kunne litt arabisk og var der i tre år. Der traff jeg en norsk mann som var FN-soldat.

Og så ble du med ham hit?

– Ja. Jeg kom til Norge i 1984 og fikk jobb på sykehjem. I 1987 ble jeg avdelingssykepleier. Jeg fikk høre om de frivillige organisasjonene her, som Norges Røde Kors.

Du var i beredskap for dem?

– Ja, første tur var til Sri Lanka. Etter det Colombia, da måtte jeg friske opp spansken. Etter tsunamien var jeg i Indonesia.

På Haiti var du også?

– Etter jordskjelvet i 2010, for Kirkens Nødhjelp. I år har jeg vært to ganger i flyktningleiren på grensen mellom Tyrkia og Syria. Også da underviste jeg om hygiene. Jeg liker den type arbeid. Det er et avbrekk fra den daglige jobben som leder.

Hvordan var det å være i hjemlandet ditt?

– Emosjonelt. Jeg kjente deres smerte og lidelser etter tyfonens herjinger. Jeg er jo vant til flom og regn, men ikke på den måten. Hus, avlinger, kosnøtter – alt lå utover, det var helt flatt. Barn

sto langs veien og tigget mat og vann. Det er første gang jeg har opplevd. Det var så trist å se.

Tyfonen fikk det internasjonale navnet Haiyan?

– Ja, men lokalt het den Yolanda. På Filippinene får tyfonene hvert år navn etter alfabetet. Yolanda – på Y – var altså den 25. tyfonen på Filippinene i 2013. Min yngste søster er oppkalt etter Luddi som herjet da hun ble født. Hun heter Ludivina.



Hva gjorde du da du var der?

– Bygget vanntanker med ingeniørene i Kirkens Nødhjelp. Lokale myndigheter fylte dem med vann. Jeg underviste om håndhygiene. For å forebygge sykdommer trengs rent vann, til å vaske hender og mat. Jeg lærte både barn og voksne å vaske seg etter de har vært på toalettet, og mødrene etter de har skiftet bleie på barna sine.

Hvilke sykdommer oppstår av urent vann?

– Kolera. Tyfus. Dysenteri. De fører til diaré og uttørring. Særlig barna blir veldig syke.

Tilgang på rent vann er vel det viktigste for helsen vår?

– Det er veldig viktig. Heldigvis har mange hjelpeorganisasjoner program for dette.

Hvordan er det å jobbe på sykehjem?

– Som leder blir det mer og mer administrasjon. Mye ikt, budsjett og turnus. (Sukk). Det er ikke lett. Ja ja. Sånn er det.

Men reise liker du?

– Jeg har ikke barn og har vært fri til å reise. Jeg liker meg i feltet, selv om bo- og toalettforholdene kan være veldig provisoriske. Men det er ikke så lett å delegere lederoppgavene mine på sykehjemmet, så arbeidsgiver sier nei noen ganger.

Er ebola-oppgaver noe for deg?

– Det kunne jeg tenkt meg. Mannen min har alltid støttet mine oppdrag. Men til ebola er han skeptisk, han er redd for min helse. Så da lar jeg være. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Lønnshopp for svenske sykepleiere

• Tekst Bjørn Arild Østby

LØNN: Svenske sykehus tilbyr lønnshopp for sykepleiere i håp om å få dem tilbake i jobb.

Mange sykepleiere på svensk side av grensen er blitt lokket av et høyere lønnsnivå i Norge. I Sverige er det også bekymring for at bygging av et topp moderne sykehus i Sarpsborg rett over grensen kan virke forlokkende.

SIER OPP. Så langt i år har 26 intensivsykepleiere i vårt nabofylke i øst, Värmland, sagt opp sine stillinger, melder Sveriges Radio Värmland.

Det har ført til at en av fem stillinger er ubesatt.

Landstinget (tilsvarende fylkestinget) i Värmland sørger nå for et lønnshopp for intensivsykepleierne, i håp om at det kan bidra til å

«Jeg tror ikke dette kan løses med noen få tusenlapper.»

Fatou Bengtsson

avhjelpe situasjonen.

Intensivsykepleierne tilbys en lønnsøkning på 1 000 til 3 000 kroner måneden. Og de som tar på seg ekstravakter skal få pluss på timelønnen for disse vaktene med 100 kroner. Divisjonssjef Henrik Svensson sier til Sveriges Radio at han håper det vil få flere til å søke seg til akuttmottaket.

MER ENN PENGER. De tillitsvalgte er likevel ikke overbevist om at dette løser alle problemene:

– Jeg tror ikke dette kan løses

med noen få tusenlapper, sier Fatou Bengtsson, tillitsvalgt på akuttmottaket til SR Värmland.

– Det handler om rekruttering, belastning og mulighet til å hente seg inn. I sommer har det vært forferdelig. Folk har arbeidet mye overtid.

Bengtsson håper tiltakene kan bidra til at bemanningen blir styrket. Og tilleggsbetalingen for ekstravakter gjelder alle ansatte ved sykehusene, slik at akuttmottaket kan få hjelp av andre avdelinger. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

DET LEDENDE ALTERNATIVET for optimal hygiene og pasientintegritet



Silentia skjermvegger er svaret på kravene som stilles til avskjerming i sykepleien. Systemet er fleksibelt og kan tilpasses ethvert pasientrom. Du får et godt overblikk over stuen samtidig med at pasientens privatliv sikres. Silentia skjermvegger er lette å holde rene, lukker ikke lyset ute og har flott design.

EasyClick™

Mobilt eller fast montert

EasyReturn™

Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™

Lette å rengjøre



THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

AVALON MEDICAL AS • TEL: 23036370
INFO@AVALON-MEDICAL.NO • WWW.AVALON-MEDICAL.NO
WWW.SILENTIA.NO



Ledelse. Rekruttering av sykepleiere er blant de største utfordringene kommunene vil ha i framtida, viser studie fra Østfold.

– Trenger plan og penger

● Tekst og foto **Bjørn Arild Østhy**

Hva gjør kommunale ledere for å rekruttere ingeniører, lærere og sykepleiere? Og hvilken arbeidsgiverpolitikk preger ledernes rekrutteringsarbeid?

Karen Brasetvik har i sin masteroppgave «Ledelse på hugget eller på hælene» intervjuet virksomhetsledere for sykehjem, skole og teknisk sektor. Alle ledere på samme nivå. Målet var å finne ut hvordan de jobber for å sikre kompetanse i egen virksomhet.

KONSTANT MANGEL. Karen Brasetvik kan i år feire 30 år som sykepleier. Mye har endret seg i løpet av disse årene.

– I rektors tale til oss nyutdannede fikk vi høre at vi var heldige som hadde fått jobb, fordi det ville bli overskudd av sykepleiere. Rektor var ikke alene om å tro det. Mange forskere på 80-tallet dro den samme slutningen, forteller Brasetvik.

I dag vet vi bedre. Beregninger SSB har gjort anslår en sykepleiermangel på hele 25 000 årsverk i 2030. Kommunene vil også mangle et stort antall lærere. Behovet for ingeniører er mer usikkert.

– Hva gjør kommunene for å tiltrekke seg nødvendig kompetanse? Min studie viser at de mangler en overordnet rekrutteringsplan for å møte framtidens behov innen de tre sektorene. Rekruttering er overlatt til den enkelte virksomhetsleder.

Og det er store forskjeller mellom sektorene når det gjelder hvilke virkemidler lederne har til rådighet. Dessverre viser studien at sykehjemslederne er mest «på hælene» når det gjelder rekruttering, sier Brasetvik.

I 2009 startet den femårige GNIST-kampanjen for å øke rekrutteringen til læreryrket. Med den har rektorene fått mulighet til å tilby lærere veiledning og videreutdanning med lønn.

Mens leder for teknisk sektor søker etter ingeniører i hele Norden, tilbyr fleksibel arbeidstid og kan bruke 50 000 kroner eller mer for å rekruttere, har ikke sykehjemsledere i samme kommune ei krone å bruke på å rekruttere sykepleiere.

«Norge trenger en nasjonal rekrutteringsplan for sykepleiere.»

Karen Brasetvik

Hun annonserer i lokalavisen og tilbyr deltidsstillinger på minstelønn. Ofte får hun bare få eller ingen kvalifiserte søkere.

Nyansatte ingeniører får tett oppfølging, ofte over et år. Nye lærere får oppstartssamtale, teamorganisering og veiledning. Tilbudet til nye sykepleiere er å gå inntil en uke «på topp».

– Her snakker vi om tre etter spurte profesjoner. Likevel er det stor forskjell i hvilke muligheter lederne har for å rekruttere til sin sektor, sier Brasetvik.

OMDØMME. Kommunal sektor har lenge slitt med dårlig omdømme som arbeidsgiver. I arbeidet med masteroppgaven kom Brasetvik over doktorgradsavhandlingen «Den mekaniske arbeidsgiverpolitikken» til Per H. Rødvei fra 2006.

Et av spørsmålene han ønsket svar på var: Hva mener unge høyskoleutdannede om kommunal sektor? Svaret han fikk var at kommunal sektors dårlige rykte bunner i faktisk misnøye. De som hadde jobbet i sektoren en stund, viste seg å ha blitt mer negative.

– Minst fornøyd er sykepleierne, ifølge Rødvei. De er misfornøyd med lønn, arbeidstid og faglig utvikling. Sykepleiere er også den yrkesgruppen der flest ønsker å slutte, sier Brasetvik.

Faktorer som har betydning for hvor attraktivt det er å jobbe i kommunen, er ifølge Rødvei: lønn for å rekruttere, fag- og kompetanseutvikling for å beholde og ledelse for å påvirke ansattes trivsel.

Rødvei har forsket på oppdrag fra kommunenes organisasjon KS. Hvilke konsekvenser har KS trukket av avhandlingen?

– KS er bekymret for

Fakta ●●●●

Rekruttering i kommunal sektor

I masteroppgaven «Ledelse på hugget eller på hælene» har Karen Brasetvik forsket på hva virksomhetsledere i to kommuner på Østlandet gjør for å rekruttere sykepleiere, lærere og ingeniører til egen virksomhet.

Er de på hugget eller hælene? Hvilke arbeidsgiverpolitikk preger arbeidet i kommunene? Finnes det noen overordnet nasjonal rekrutteringsstrategi? Det var blant spørsmålene Brasetvik ønsket svar på.

rekrutteringen. Samtidig er det grenser for hvor lenge man kan være bekymret uten å gjøre noe med det, mener Brasetvik. – Kommunene løser ikke rekrutteringsutfordringene ved å fortsette som før. Det krever langsiktig planlegging og innsats med målrettede tiltak.

LØNN. Forskning viser at lønn er viktig for å rekruttere. Og lønn viser hvilken status et yrke har. Til tross for at sykepleiernes arbeid oppfattes som viktig i befolkningen, oppfattes den lave lønnen som et tegn på lav status. Ønsker man å heve status og dermed påvirke rekrutteringen, kommer man ikke utenom lønn.

Brasetvik mener arbeidsgiverne altfor lenge har lukket øynene for dette, selv om fakta har vært kjent.

– SSB beregnet i 2010 ulike yrkesgruppers livslønn. På topp blant de med tre-fire års høyere utdanning, ligger ingeniører. De har en livslønn på 14,22 millioner kroner. På bunn ligger lærere og sykepleiere. Adjunktens livslønn er 9,37 millioner kroner og sykepleieres 8,98 millioner kroner. De med fagbrev har 10,71 millioner kroner i livslønn, mens de med kun grunnskole har en livslønn på 9,43 millioner kroner. Er det rart offentlig sektor har problemer med å rekruttere sykepleiere og lærere?

I Østfold-kommunene er tre av ti ansatte innen helse og omsorg ufaglært. Årets lønnsoppgjør har ikke gjort det lettere for kommunene å rekruttere sykepleiere. Spesialisthelsetjenesten er nå lønnsledende i forhold til sykepleiere. Hva når et nytt sykehus snart står ferdig i Østfold?

– Østfoldkommunene må styrke sin sykepleierbemanning for å bygge robuste og attraktive fagmiljøer til beste for både pasienter og ansatte. Dessverre har jeg ikke sett noen kommuner som har vært «på hugget» for å rekruttere sykepleiere. Og kommuner som faktisk har noe mer enn minstelønn å by på, bruker det ikke i rekrutteringen. Kommunene trenger hjelp til å bli mer offensive, understreker Brasetvik.



Må få støtte: Ledere trenger mer enn knapper og glansbilder når de skal rekruttere sykepleiere, mener Karen Brasetvik.

UTDANNING. Behovet for ingeniører er vanskeligere å forutsi enn behovet for sykepleiere og lærere. Veksten i andelen barn, unge og eldre er lett å forutsi, og dermed framtidige behov for sykepleiere og lærere.

Trass i dette mangler Norge en nasjonal rekrutteringsplan. Det har Brasetvik vanskelig for å forstå.

Utdanningskapasitet er viktig. Det gjelder både på bachelor- og videreutdanning. Takket være finanskrisa i 2008 ble det opprettet flere studieplasser i sykepleie, ikke som en del av en nasjonal plan. I dag dekker så vidt antall nyutdannede sykepleiere avgangen fra yrket, og langt fra nok til å dekke behovet i framtiden.

Jenter velger annerledes og blir oftere leger og advokater. Gutter velger tradisjonelt. Få velger å bli lærer eller sykepleier. Hvem skal da fylle tomrommet?

– Det er en alvorlig utfordring for framtidig rekruttering til velferdsyrkene. De trenger ikke bare søkere. De trenger de beste søkerne, både gutter og jenter, understreker Brasetvik.

HVORDAN REKRUTTERE? Brasetvik mener det er flere muligheter som sykehjemsledere kan benytte

seg av i sitt rekrutteringsarbeid.

– De bør oppsøke utdanningsinstitusjonene, tilby gode praksisplasser og delta på karrieredager.

Brasetvik oppfordrer også lederne å annonsere mer offensivt, bruke Sykepleien og sosiale medier.

«Ledere er mer på hælene enn på hugget for å rekruttere sykepleiere.»

– Alle lederne viser til at lønn er viktig for å rekruttere. Men det er kun lederne i teknisk sektor som bruker det som virkemiddel. Her kan lederne lære av hverandre. Derfor er det viktig at lederne møtes på tvers av sektorene for å dele erfaringer. Når man vet hvordan det rekrutteres i andre sektorer, blir det også lettere for virksomhetslederne å stille krav om større myndighet, sier hun.

NASJONAL PLAN. Kommunene har et stort «sørge for»-ansvar når

det gjelder rekruttering av sykepleiere. Det er for viktig til å bli overlatt til den enkelte leder, mener Brasetvik. Hun stiller spørsmål ved om ordførere og rådmenn vet hvilke virkemidler kommunens ledere har og at sektorene forskjellsbehandles.

– Norge trenger en nasjonal rekrutteringsplan for sykepleiere. Den bør ta for seg både utdanningskapasitet, studiefinansiering og virkemidler for å gjøre det mer attraktivt å jobbe som sykepleier.

Kommunene trenger engasjerte ledere som vil bidra til å lede og utvikle tjenesten. Da må de gis rammer til å utøve en mer offensiv arbeidsgiverpolitikk enn det mine funn har vist. Lederne trenger mer enn knapper og glansbilder når de skal rekruttere sykepleiere, sier Brasetvik.

Sykehjemmene er i dag ikke høyt prioritert blant nyutdannede sykepleiere. Det bekymrer Karen Brasetvik. Og det bør også bekymre kommunale arbeidsgivere mener hun. Heldigvis er det mulig å gjøre noe med det. Imidlertid krever det en offensiv arbeidsgiverpolitikk og ledelse som er mer «på hugget» enn hennes studie har vist. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Nye sykepleien.no

Våre nettsider på dine premisser!

Nå kan du bruke sykepleien.no på dine premisser! Vi vil være mer tilgjengelig for deg i hverdagen, og relanserer våre nettsider med et bedre brukergrensesnitt og et mer dynamisk design. For deg betyr det at du enkelt kan navigere og lese på sykepleien.no uavhengig om du sitter med mobilen på bussen, med nettbrettet i sofaen eller foran en dataskjerm. Prøv selv på sykepleien.no!

Sykepleien



Skades på sykehus

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

PASIENTER: I fjor oppsto det skade på pasienter ved om lag 13 prosent av oppholdene på norske sykehus.

Dette var så alvorlige skader at de krevde behandling, forlenget sykehusopphold eller enda mer alvorlige konsekvenser.

Fram til 2019 skal pasientskader reduseres med 25 prosent. Det er målet i den nye strategien for pasientsikkerhet, som helse- og omsorgsminister Bent Høie lanserte tidligere denne måneden.

– Med pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» skal vi bygge en kultur der pasientsikkerhet er en naturlig del av alt som gjøres hver eneste dag i hele helse- og omsorgstjenesten, ifølge helse- og omsorgsministeren.

KOMMUNENE. – 13 prosent er et altfor høyt tall. Vi er glad for at den nye strategien inneholder konkrete, målbare tall på definerte innsatsområder og at den omfatter kommunehelsetjenesten også. Vi har behov for å implementere dette også i kommunene der de aller fleste pasientene er, sa Høie.

Mens sykehusene er pålagt å rapportere skader og feil, er det i dag ingen slike målinger i kommunehelsetjenesten.

– Jeg har gitt utvalget, som nå jobber med de ulike meldeordningene, i oppdrag å vurdere om meldeordningene i spesialisthelsetjenesten også skal omfatte kommunene. Vi har behov for å vite mer om kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten, mener Høie.

Spesialisthelsetjenesten er pålagt å melde fra til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om skader og forhold de mener kunne ført til skader. Alvorlige, uforutsette hendelser skal meldes til Helseilsynet umiddelbart. Kommunene har ikke en slik ordning.

KOMMUNIKASJON. Ofte er det kommunikasjonen som svikter.

– I møte mellom pasient og dem som jobber i helsetjenesten skal pasientene oppleve trygghet og at de opplever å bli hørt. I mange tilfeller der det har gått galt, har pasient og pårørende gitt beskjed, men ikke blitt tilstrekkelig lyttet til.

En del pasientskader oppstår i overgangen mellom tjenestenivå, avdelingsnivå og behandlernivå. Det siste skal bli bedre, blant annet ved at informasjon kan følge pasienten elektronisk.

«Målet er å redusere pasientskadene med 25 prosent.»
Bent Høie

– Pasientsikkerhet er et lederansvar. Jeg kommer til å arbeide hardt for å tydeliggjøre dette, sa Høie.

I TRYGGE HENDER. Pasientsikkerhetsprogrammet skisserer retning og aktiviteter helse- og omsorgstjenesten skal jobbe med for å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i perioden 2014–2018.

Programmet har to hovedprinsipper:

- Brukerne skal involveres i styringsgruppen, fagråd, ekspertgrupper og lokale forbedrings-team.
- Bygge kompetanse om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid blant ledere og ansatte.

Dette skal igangsettes i alle relevante enheter i spesialisthelsetjenesten innen utgangen av 2016, og i kommunene innen utgangen av 2018. • bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



sorbact[®]
green wound healing

GRØNN SÅRTILHELING

- Binder effektivt sopp og bakterier¹
- Kan brukes på alle typer sår¹
- Sikkert og dokumentert¹
- Ingen fare for resistensutvikling¹
- Ingen miljøpåvirkning¹
- Økonomisk i bruk¹

Referanse: 1. Ljungh Å et al. Journal of Wound Care 2006; 15(4):175-180.



Tidstyver gjør syke- pleiere syke

Slites ut. Rengjøring, matlaging og dårlige ikt-løsninger er gjøremål som stjeler av tiden sykepleiere skulle brukt på pasientene. Dette gjør mange sykepleiere syke og lei av jobben, viser en undersøkelse Sykepleien har utført.

Tekst og foto **Eivor Hofstad** • Foto **Kjartan Bjelland, Colourbox, Marit Fonn, Stig M Weston** og **Erik M Sundt**



Sluttet i protest. **24**
– Knappe ressurser. **29**
Regjeringen ser problemet. **30**
NSF er ikke overrasket. **30**



Mange tyver: Hvor man jobber har betydning for både i hvilken grad og hvilke typer tidstyver som stjeler tid fra pasientene. I undersøkelsen er det sykehjems- og hjemmesykepleiere som rapporterer om minst tid til pasientene. Arkvifoto.



Sluttet i protest.

– Tidstyvene gjorde at jeg sa opp på sykehjemmet. Lisa Norby

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Kjartan Bjelland**



Da Lisa Norby besøkte bestemoren sin på korttidsplass på Strømme sykehjem i Kristiansand, syntes hun det virket så flott at hun søkte seg jobb som sykepleier der. Norby har videreutdanning i familieterapi og har tidligere jobbet både ved avdeling for barne- og ungdomspsykiatri (ABUP) ved Sørlandet sykehus og ved legevakten. Hun er vant til høyt tempo, men ikke å gå på akkord med det etisk forsvarlige.

Ved Strømme sykehjem fikk hun 70 prosent stilling i todelt turnus. Det ble et kort engasjement. I august, etter et og et halvt år, sa hun opp fordi hun ikke orket mer. Fra september har hun jobbet på legevakten igjen.

– Ulike oppgaver som ikke har med sykepleie å gjøre tok det meste av tiden min, slik at jeg ikke fikk gitt pasientene en faglig og etisk forsvarlig behandling. Jeg følte meg utilstrekkelig hele tida.

– *Hvilke tidstyver var det snakk om?*

– Sykehjemmet hadde kun pleiere ansatt. Det betyr at vi måtte fungere både som merkantilt personale, rengjøringspersonale og kjøkkenpersonale.

UTLEIE AV LOKALE. En rengjøringsansatt vasket gulvene på fellesrommene og pasientrommene en gang i uka. Resten av renholdet måtte pleierne ta. Tørket støv og fylte på såpedispensere og doruller.

De ansatte måtte alltid gå med telefon på seg. Ringte den mens de stod i dusjen med en pasient,

måtte den tas, forteller Norby.

– Det kunne være noen som ringte for å leie fellesstuen, som personalet måtte sørge for å leie ut. Den blir brukt til barnedåper og andre arrangementer. Hvis leietakerne var misfornøyd med rengjøringen, kom de til oss og klaget.

De ansatte måtte også ta seg av alle besøkende. – Vi måtte ta imot og vise rundt pårørende, vaktmester, prest og brannfolk og alle som måtte komme innom sykehjemmet.

Kjøkkentjeneste var også pleiernes oppgave.

– Vi hadde en liten tarm av et kjøkken som pleierne kaptet om å smøre brødsriver på. Middagen kom ferdig i plast som måtte varmes. Alle andre måltider ordnet vi fra grunnen. Vi stod også ansvarlig for bestillinger og innkjøp. Ikke bare av mat, men av alt utstyr også.

Videre måtte de ta klesvasken.

– Vi måtte ta alt av privat tøy. Jeg trodde ikke det var mulig. Vi vaska til og med sengetøy dersom noe uforutsett skjedde og det ikke lå klart noe rent.

I sommer ble hun spurt om å ha sykepleieransvaret for tre sykehjem til sammen. Da skulle hun være alene som sykepleier, og det ble satt inn en fagarbeider på Strømme, så hun kunne gå «på toppen».

«Jeg følte meg utilstrekkelig hele tida.» Lisa Norby

Fakta

Tidstyvundersøkelse

- Sykepleien har spurt sitt leserpanel om hvordan de opplever tidstyvene på jobben. 3 509 sykepleiere med pasientkontakt over hele landet svarte på en e-post-spørreundersøkelse.
- Svarene er gjennomgående mer negative blant ansatte på sykehjem og i hjemmetjenesten, enn for dem som er ansatt på sykehus og andre steder.
- Over halvparten melder om en økning av de ikke-pasientnære oppgavene de siste årene.
- Halvparten synes de ikke får nok tid til pasienten.
- Konsekvensene for pasientene oppgis å være blant annet mindre aktivisering og mer ensomhet.
- De største tidstyvene oppgis å være dokumentasjon/journalføring og møter/telefonsamtaler.
- Av de som synes de får for liten tid til pasientene får over halvparten av dem ansatt i sykehjem og hjemmetjeneste fysiske plager som følge av tidsnøden. Tallet for sykehusansatte er 36 prosent og for dem ansatt andre steder 45 prosent.
- Mer enn hver tredje av den misfornøyde halvpart har vurdert å slutte i stillingen.

– Jeg nektet å skrive under avtalen. Det var ikke greit at jeg skulle kjøre halvannen mil mellom de ulike sykehjemmene når vi hadde så mye å gjøre. Det er ikke menneskelig. Det er etisk feil.



Mindre stress: Lisa Norby sluttet på sykehjemmet etter et og et halvt år og begynte på Legevakten i september. Der er faktisk arbeidsdagene mindre stressende. Foto Kjar-tan Bjelland

BRANNSLOKKING. Mye tyder på at Lisa Norbys historie ikke er enestående. Sykepleien har fått svar fra 3 509 sykepleiere med pasientkontakt over hele landet. Godt over halvparten melder at det har blitt flere av de ikke-pasientnære oppgavene de siste årene. (60 % av de som jobber på sykehjem, 58% i hjemmetjenesten, 56 % i sykehus og 50 % av dem som er ansatt andre steder mener at det er blitt flere tidstyver).

Et ord som går igjen i beskrivelsen av arbeidsoppgavene er «brannsløkking».

Halvparten synes de ikke får nok tid til pasienten.

Av den misfornøyde halvparten får nesten halvparten fysiske plager som følge av tidsnøden (Tallet er 53% for sykehjemsansatte, 51% for de i hjemmetjenesten, 36 prosent for sykehusansatte og 45 prosent for dem ansatt andre steder). Muskelplager, hodepine, magevondt, søvnforstyrrelser, dårlig konsentrasjon, stressfølelse

og ekstrem slitenhet, nevnes oftest.

Mer enn hver tredje av den misfornøyde halvpart har vurdert å slutte i stillingen.

I undersøkelsen var det også anledning til å legge til egne kommentarer. Det gjorde over 900 stykker. Her er noen av dem.

ULIKE TIDSTYVER. «Tidstyver har blitt en av de største utfordringene vi har i kommunehelsetjenesten, som jeg kjenner aller best. Det er skremmende. Jeg bruker mer tid på å dekke på og av bordet, smøre og servere mat og ta inn og ut av oppvaskmaskinen enn jeg har tid å bruke på «Fru Larsen». Dette er ikke holdbart», skriver en av deltakerne.

Men også ved sykehusene klages det over tidstyvene:

«Sekretæroppgaver, taxibestillinger, fylle ut rekvisisjoner for morgendagens blodprøver, innhente opplysninger, renhold med smittevask,

ordne med rene senger og ta blodprøvene siden bioingeniørene kun går en runde i døgnet. Tiden kunne blitt mye bedre benyttet hos pasientene og sykepleiere kunne tatt mer i bruk kunnskapen vi fikk i utdanningen», skriver en.

«Jeg bruker mer tid på å dekke på og av bordet, smøre og servere mat (...) enn jeg har tid å bruke på Fru Larsen.»

Deltaker i undersøkelsen

En annen synes stadige omorganiseringer og nye prosjekter er tidstyver.





«Prosjekter er bra, men en tidstyv hvis man ikke får tilført ekstra midler. Omorganiseringer krever mye og gir etter flere år i bransjen kvalmefornemmelser», skriver vedkommende.

Også nattevaktene får mer å gjøre, skriver en:

«De skal klarlegge medisiner, kontrollere medisiner, vaske kjøkkenskap, sterilisere bestikk og så videre. Mye av dette bør gjøres på dagen. Medisiner bør nattsykepleier slippe, siden det er krevende både fysisk og mentalt».

Helene B Tran ved sengepost for gynekologisk kreft på Radiumhospitalet, mener det som stjeler mest tid er oppgavene de til stadighet overtar fra andre yrkesgrupper.

– For eksempel å måle til støttestrømper før operasjon, som fysioterapeutene gjorde tidligere. Ta oppvask på kvelds- og nattevakt og så videre. De enkelte oppgavene er ikke så store, men summen utgjør mye tid som heller kunne vært brukt inne hos pasientene, sier hun.

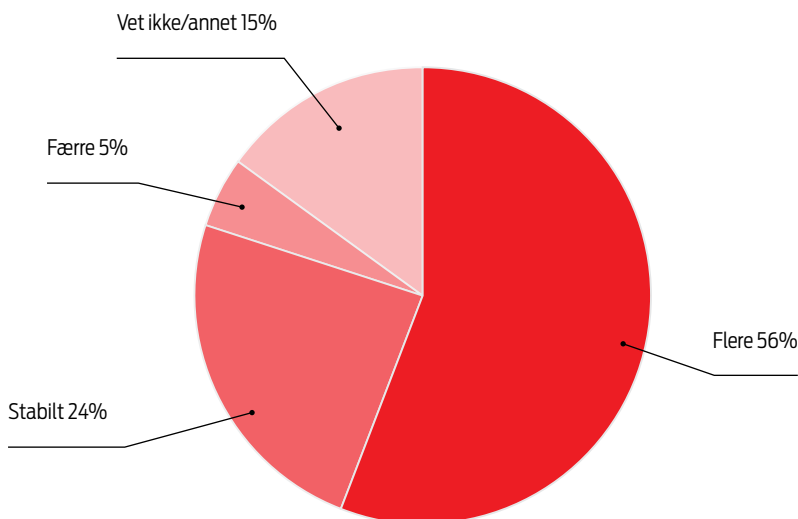
En annen nevner at hva man faktisk jobber med har stor relevans for hvordan tidstyvene stjeler arbeidstid fra pasientene.

«Jeg jobber i mottak og kaster bort mest tid på å finne fram og sjekke utstyr. Jeg bruker sikkert en og en halv time per dag til dette. Det er livsnødvendig at det gjøres, ellers vil pasienter dø. Men man behøver ikke ha høgskoleutdanning for å gjøre det», skriver vedkommende.

DÅRLIGE IKT-SYSTEMER. Ser vi på totaltallene slått sammen for alle arbeidsplasser, viser undersøkelsen at det er dokumentasjon/journalføring og møter/telefonsamtaler som stjeler desidert mest tid fra pasientene. Åtte av ti har dette på sin tre på topp-liste over de største tidstyvene.

Har du fått flere ikke-pasientnære oppgaver de siste år?

(Til sammen 3 509 sykepleiere har svart.)



Sykepleierne er klare i tilbakemeldingene på at dokumentasjon/journalføring er nødvendig og viktig for god pasientpleie, men de vurderer det som tidstyver når ikt-systemer ikke fungerer og ulike programmer ikke snakker med hverandre, både mellom de ulike tjenestenivå og på den enkelte arbeidsplass/avdeling.

Hjemmesykepleier Helene et sted på Østlandet forteller om datasystemer som ikke er gode nok:

– Jeg må daglig skrive ut 150 sider med all informasjon vi trenger for å hjelpe pasientene, fordi datasystemet ikke har god nok backup. I

etterkant må disse dokumentene makuleres. Det tar også lang tid.

Fra en kirurgisk sengepost får vi følgende hjertesukk:

«I løpet av arbeidsdagen har jeg kanskje brukt en time til sammen på de åtte pasientene jeg har ansvaret for. Resten har blitt brukt til prating med kommune, lege, røntgen, apotek og pårørende, og på det tunge dokumenteringsprogrammet. Jeg bruker lang tid foran maskinen hver dag, selv når det er en pasient jeg kjenner godt. Av og til når jeg går hjem, lurar jeg på om det egentlig er forsvarlig».

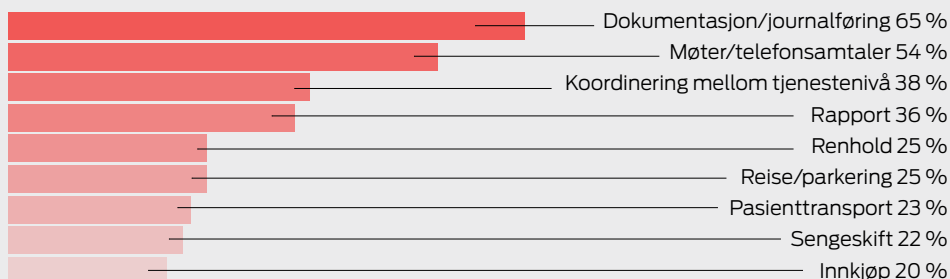
Sykepleiens tidstyvundersøkelse

Se hva sykepleierne har svart: →

Flere resultater fins på sykepleien.no

Hvilke oppgaver tar MEST tid fra pasientene?

(På en skal fra 1 til 5, der 1=mest og 5=minst. Antall svar 1 753.) Andelen som har svar 1 eller 2:





HOTELL: – Noen dager føler jeg at jeg jobber på et hotellkjøkken, sier Vaiva Lieblein ved Nevrokirurgisk sengepost ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Foto: Eivor Hofstad

«Skulle gjerne sett eit dataprogram som var enkelt å betjene, der ein slapp å klikke seg fram og tilbake – til ein nesten klikkar sjølv», skriver en annen.

HOTELLKJØKKEN PÅ ULLEVÅL. Vaiva Lieblein har inntil nylig jobbet full stilling ved nevrologisk sengepost på Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Nå arbeider hun ekstravakter mens hun tar en master i folkehelsevitenskap.

– Noen dager føler jeg at jeg jobber på et hotellkjøkken, sier hun.

«Noen dager føler jeg at jeg jobber på et hotellkjøkken.»

Vaiva Lieblein

Det kom en endring i matserveringen for et par år siden. Før leverte kjøkkenet ferdige traller med varm mat med romnummer på. Nå er det andre boller:

– Systemet kalles «1-2-3-servering», og man

skulle tro det går fort, men vi bruker altfor mye tid på matservering og renhold i forbindelse med ordningen. Det føles som mye arbeid er flyttet fra kjøkken til sykepleier.

Hun anslår at hun på en dag med fullt belegg bruker halvannen time på matservering og oppvask, mens hun tidligere brukte maks 20 minutter. Lieblein og kollegene må dele ut menyer til pasientene som kan velge mellom ti-tolv hovedretter og fem-seks småretter til middag. Dessert og ulike drikke kan de også velge blant.

– Pasientene synes det er flott, men ingen forventer denne store valgfriheten. Før kunne de velge mellom fisk, kjøtt og vegetar, og de var fornøyde da også. Nå må jeg bruke mye tid på å svare på spørsmål om de ulike rettene. «Er den god? Kan du anbefale den?»

Til de andre måltidene er det også slik at pasientene bestiller fra sykepleierne det pålegget og den drikken de vil ha, og så smører sykepleierne og fikser kaffe eller te med eller uten melk, med eller uten sukker, sukker. Juice, melk. Før kom det ferdig påsmurt.

Alt som skal inn i oppvaskmaskinen må vaskes med kost til flekkene er borte fordi maskinen ikke vasker, den bare koker.

– Dette er selvfølgelig arbeid som må gjøres på en sykehusavdeling, men det krever ikke sykepleieutdanning, sier Lieblein.

– Men du kan vel gjøre mye god sykepleie i forbindelse med matservering?

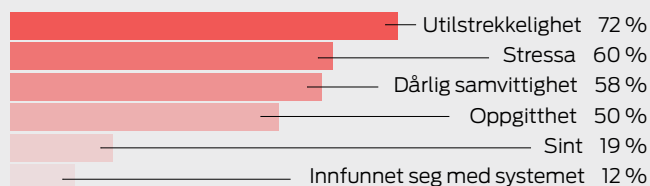
– Ja, det er mye man kan observere da, for eksempel hvordan svelgefunksjonen er. Men det har vi jo ikke alltid så god tid til fordi vi står inne på kjøkkenet.

PASIENTKONSEKVENSER. Lieblein synes den store valgfriheten for



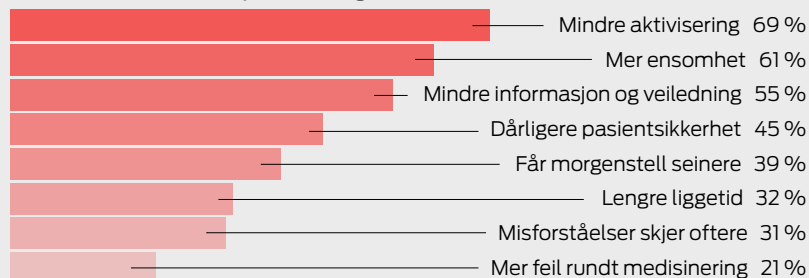
Hvilke følelse gir det deg å måtte bruke mindre tid til pasientene?

(Antall svar 1 753. Flere kryss var mulig.)



Hvilke konsekvenser får mindre tid for pasientene?

Antall svar 1 753. Flere kryss var mulig.





pasientene er en glimrende idé, men det fører til at sykepleierne må bruke mer tid på matservering og oppvask og mindre tid på sykepleie og pasientnært arbeid.

– Det lange løp går den nye ordningen ut over pasientene. Når vi er stressa, kan pasientene føle seg glemt og oversett. Hvis noen får lite besøk, kan de fort føle seg ensomme. Det hender vi får kommentarer på at vi virker stressa og noen sier de ikke har lyst å ringe på oss når vi har så mye å gjøre.

Lisa Norby ved Strømme sykehjem i Kristiansand sier at pasientene syntes synd på personalet.

– Det kunne skje at de ikke fikk varm middag fordi vi kunne bli avbrutt av telefonen midt i serveringa. To dager i uka hadde vi frokost i fellesstua. Av og til måtte de som ble tatt opp først sitte i to timer og vente på frokosten. Fra klokka åtte til ti, forteller hun og legger til:

– Det ga meg en vond følelse og klump i magen for ikke å gi de stakkars folkene som bodde der bedre pleie.

Sykepleierne i undersøkelsen har svart at tidstyvene først og fremst fører til mindre aktivisering og mer ensomhet blant de eldre.

Etterfulgt i synkende omfang: Mindre informasjon/veiledning, dårligere pasientsikkerhet, seinere morgenstell, lengre liggetid, mer misforståelser, inntak av måltider i senga og mer medisinfeil.

ORGANISERINGSPROBLEM. Svarene Sykepleierne har fått, handler mye om at det har blitt flere oppgaver på samme antall hender. Samhandlingsreform, PLO-registrering, barn som pårørende-lova og ulike screeningprogrammer blir også nevnt som eksempler på ting som bare skal følges uten at det utløser ekstra personell. Slikt som

i utgangspunktet skal være pasientvennlig, men som ender opp med å stjele tid fra pasientene i stedet.

«Et økende skjemavelde preger hverdagen. Vi har fått flere oppgaver delegert fra legene, men ikke mistet noen», skriver en.



« I det lange løp går den nye ordningen ut over pasientene.»
Lisa Norby

Andre nevner den overordna organiseringen av helsevesenet som en årsak til dårligere tid til pasienten. En skriver:

«Det merkes godt at det skal tjenes penger på tjenester. Spesielt når kommersielle aktører overtar driften. Oppgaver forskyves for at færrest mulig skal gjøre mest mulig».

DÅRLIG LEDELSE. Mange nevner dårlig ledelse som en viktig del av tidstyvbildet.

«Det kan virke som om ledelsen er så skviset på økonomi at de er blitt immune mot klager fra ansatte, for i det hele tatt klare å stå i jobben som leder», skriver en.

En annen mener det er et paradoks at man i helsevesenet i større grad vektlegger administrasjon og koster på seg en organisering der de som faktisk utfører pasientbehandlingen må ledes av tre-fire administrative ledere over den stedlige seksjonslederen.

«Budsjetten synes å være det viktige som tar

masse fokus og penger bort fra pasientbehandlingen. Skulle heller hatt flere gode kollegaer i poliklinikken enn slipskledd menn som stikker innom en gang per år for å presentere en døv power point», skriver vedkommende.

DÅRLIG LOGISTIKK OG MILJØ. Flere peker på dårlig logistikk som den verste tidstyven, gjerne i forbindelse med operasjonspasienter.

Berit Thorkildsen, sykepleier ved Sykehuset Østfold, mener det skapes en negativ spiral i miljø som er preget av for liten bemanning og for mange pasienter som er for dårlige til å ligge på den avdelingen de er på. Hun gir et eksempel:

– En pasient meldes fra Akuttmottaket. Sykepleier på post mener pasienten er for syk til å ligge på hennes post, men på Akuttmottaket «renner» det inn pasienter som må videre i systemet. Derfor vinner som oftest Akuttmottaket slike verbale kriger. Sykepleieren forsøker å få tak i ansvarlig lege og må ofte kontakte opp til fire leger før noen tar ansvar for pasienten. Laboratorieansatte blir sinte når de må ut for å ta prøver igjen. Renholdsansatte blir oppgitte fordi de må smittevaske en seng som i utgangspunktet ikke har smitterom. En rekke helseansatte uttrykker sin frustrasjon på den de kan la det gå ut over. Dette skaper aggressive og lite hyggelige miljøer.

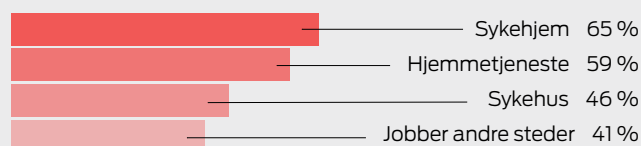
– Ser du noen løsning?

– Det burde vært en ansatt som koordinerer alle oppgaver på arbeidsplassen. Personen burde ha lang erfaring fra ulike avdelinger og kunne kommunisere med ulike faggrupper og finne løsninger som alle kan leve med.

KLAGDE UTEN RESULTAT. I undersøkelsen har 78 prosent av dem som synes de får for liten tid til pasienten sagt i fra til nærmeste leder. 70 prosent har sagt fra til kolleger og 29 prosent har involvert

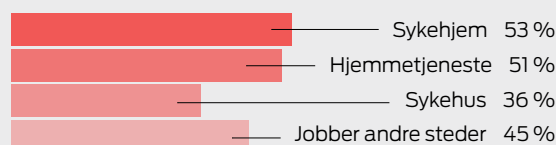
Får du nok tid til pasientnære oppgaver?

(Halvparten - 1 753 av 3 509 sykepleiere - svarte nei.)
Andelen som svarte nei, fordelt etter arbeidssted:



Har du merket fysiske plager fordi du får mindre tid til pasientene?

(Antall svar 1 753.)
Andelen som svarte ja, fordelt etter arbeidssted:



tillitsvalgte. 7 prosent har ikke sagt fra til noen.

I Kristiansand forteller Lisa Norby at flere ved Strømme sykehjem var misfornøyde med at pleierne måtte gjøre så mange oppgaver at det gikk ut over pasientene.

– Men rundt 80 prosent av dem som jobber der har utenlandsk bakgrunn og kunne ikke lage opprør fordi de var prisgitt jobben. De kunne ikke bare si opp og gå til noe annet, slik jeg kunne. Dessuten er der mange vikarer i små stillinger, og da svelger man mer enn hvis man jobber fullt.

Norby tror ikke politikerne er klar over situasjonen. Hun sa fra uten at det ga nevneverdige resultater.

– Jeg fikk beskjed om at vi var like godt bemanna på sykepleiersiden i forhold til andre steder. Men det hjalp jo ikke når vi måtte gjøre alle oppgavene.

Hun førte også avvik i et og et halvt år.

– Jeg lover det var mange avviksrapporter, men ingen svarte på dem.

Hun forsøkte også å få hjelp fra NSF lokalt.

– Da fikk jeg beskjed om at siden dette ikke bare angikk meg, men var et problem for alle ansatte, hadde de ikke noe med det å gjøre. Jeg spurte om ikke NSF og Fagforbundet kunne ta et felles møte med oss, men det ble ikke noe av.

Sjøl ble hun verneombud på slutten, men da var begeret så fullt og magen så i opprør at hun gikk rett i sykmelding.

– Det er så synd at kritikken ikke blir tatt alvorlig av arbeidsgiver, for dette hadde vært en flott arbeidsplass hvis disse tingene hadde vært på plass. De ansatte jobber som helter og yter 150 prosent for at beboerne ikke skal lide. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

– Knappe ressurser

Kristiansand kommune driver flere av de små sykehjemmene sine på liknende måte som Strømme. Men Anne Sofie Hellebø, virksomhetsleder for alle omsorgssentrene i Kristiansand, ønsker å nyansere bildet av driften ved Strømme sykehjem:

– Det er et lite sykehjem med 14 langtidsplasser. Område øst som Strømme er en del av, har en merkantilt ansatt i 100 prosent stilling på fire omsorgssentre. Hun er fysisk til stede på Strømme en dag per uke, men er tilgjengelig på mail og telefon hver dag. Men det stemmer at de ikke har egen resepsjonist eller kjøkkenpersonale, sier Hellebø.

NSFs hovedtillitsvalgt (HTV) i Kristiansand, Ragne Quinteros, forteller at den merkantilt ansatte tar seg av blant annet lønn.

I tillegg til de 14 langtidsplassene er der en korttidsplass, og på noen vakter har sykepleier også ansvaret for de sju omsorgsboligene som er i samme bygg.

Virksomhetsleder Hellebø er enig i at kommunens eldreomsorg har for knappe ressurser, men sier at de jobber for å få mer.

– Vi har valgt å ha noe høyere sykepleiefaktor på de små sykehjemmene. Da må pleierne utføre en del oppgaver som man ikke nødvendigvis trenger sykepleierutdanning for å utføre, for eksempel å tørke stov og vaske pasienttøy, sier hun.

– Er det forsvarlig å la en sykepleier ha ansvaret for tre sykehjem, slik dere gjorde det i sommer, og som sykepleierne ble bedt om å skrive under en avtale på?

– Ordningen var frivillig og ble diskutert med de tillitsvalgte som har godkjent den. Det ble laget gode rutiner i forkant. Det var ingen avtale

som noen måtte underskrive mot sin vilje. Det var en ordning vi hadde lyst å prøve ut i sommer og som noen sykepleiere syntes var spennende. De skulle gå på topp over grunnbemanningen. Til sammen har de tre sykehjemmene 51 pasienter.

– Så de skulle ikke være den eneste sykepleieren?

– Nei, ikke nødvendigvis. Dette var et forsøk for å prøve ut andre måter å organisere sykepleietjenesten på, og å være i forkant hvis det skulle oppstå uforutsett fravær. I praksis var det kun noen få vakter der ordningen ble benyttet.



«Vi har valgt å ha noe høyere sykepleiefaktor.»

Anne Sofie Hellebø

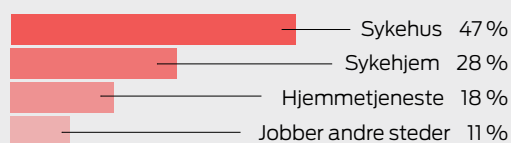
Kristiansands HTV Ragne Quinteros beklager at hun i en travel hverdag ikke fikk tid til å imøtekomme Lisa Norbys ønske om et møte mellom ansatte og arbeidsgiver for å diskutere rammen for arbeidsoppgavene, men i stedet henviste henne til å ta det med verneombudssiden.

– Jeg vurderte det som en vernesak, og fikk ingen ny henvendelse tilbake. I mangel av plasstillitsvalgt på Strømme sykehjem, så er det kanskje der det glipper for en hovedtillitsvalgt, sier Quinteros. ●

Har du vurdert å slutte fordi du får for liten tid til pasientene?

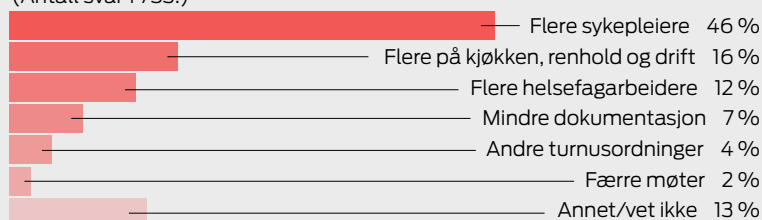
(Antall svar 1 753.)

Andelen som svarte ja, fordelt etter arbeidssted:



Hva er den viktigste faktoren for å løse problemet?

(Antall svar 1 753.)





Regjeringen ser problemet

Statssekretær og tidligere NSF-leder Lisbeth Normann (H) avslører ingen konkrete tiltak som kan minske tidstyvene for sykepleierne.

– Hvilke tiltak kan settes inn for å snu denne utviklingen hvor sykepleiere får stadig mindre tid til pasienten?

– Det er behov for å styrke kompetansen og benytte personell på en enda bedre måte. Dette er temaer vi arbeider med i forbindelse med ny Nasjonal helse- og sykehusplan og stortingsmelding om fremtidens primærhelsetjeneste.

– Kan du nevne noen konkrete tiltak dere arbeider med der?

– Vi kan ikke kommentere detaljer i hva som kommer før ny plan/melding er klar.

– Kan du love noen bedring på

ikt-siden?

– Det er beklagelig at ikt-systemer er så store tidstyver i dagens helsetjeneste. Visjonen i Stortingsmelding nr 9 «én innbygger – én journal» om at helsepersonell på

en enkel måte kan få tilgang til alle nødvendige og oppdaterte opplysninger, ligger fast. Det er et betydelig trykk på IKT-området for å realisere visjonen, som vil bidra til at helsepersonell kan gjøre jobben sin bedre og tryggere.

– Hva kan dere gjøre med at mange sykepleiere må gjøre oppgaver de er overkvalifisert til?

– Endringer i helse- og omsorgstjenesten krever endret kompetanse. Det foregår arbeider på nasjonalt nivå blant annet om mulig endret oppgavedeling og hensiktsmessig bemanning. Samtidig



«Vi kan ikke kommentere detaljer i hva som kommer før ny plan/melding er klar.» Lisbeth Normann

NSF er ikke overrasket

Forbundslederen i NSF synes funnene i undersøkelsen er alvorlige, men er ikke overrasket.

– Stadig kortere liggetider og flere utskrivningsklare pasienter i sykehusene, innebærer mye arbeid med å koordinere innleggelse, pasientforløp og overflyttinger. Kommunene får stadig flere pasienter med komplekse og sammensatte behov. Tilrettelegging og organisering tar en stor plass i sykepleierhverdagen der også, sier Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Hun minner om at den internasjonale sykepleierundersøkelsen RN4Cast viste det samme.

– Viktige oppgaver som aktivisering, oppfølging, informasjon og veiledning som er lite konkrete og målbare, taper i konkurransen med prosedyrer og gjøremål som «må» utføres.

ALVORLIG OM HELSEPLAGER.

– Det er veldig alvorlig når en så høy andel av de spurte sykepleierne rapporterer om helseplager og at de vurderer å bytte arbeid, mener By.

Hun utfordrer både arbeidsgivere og helsemyndigheter til å legge til rette for at sykepleiere kan gi pasienter og pårørende faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

– Som profesjonsutøver ønsker en det, lovverket krever det og de politiske ambisjoner ser ikke ut til å bli mindre. Det er en åpenbar løsning på dette, og det er å styrke bemanningen, sier hun.

– Hvor går grensen for hva sykepleierne kan finne seg i?

– Ting som ikke er sykepleieroppgaver. Servering av mat er en sykepleieroppgave, men man skal ikke lage maten eller vaske opp. Heller ikke vaske klær, sengetøy, golv eller tørke støv, sier By.



Handling: – Helsemyndighetene og arbeidsgiver må være sitt ansvar bevisst og handle for det er for seint, sier NSF-leder Eli Gunhild By. Foto: Marit Fonn.

– Skal det være sånn at NSF ikke kan hjelpe i slike saker Lisa Norby forteller om?

– NSF lokalt kan være med å

diskutere rammebetingelsene for sykepleierne og kan bidra i møter mellom arbeidsgiver og ansatte. Sentralt diskuterer vi på

4 i under-
søkelsen

har kommuner og helseforetak ansvar for å ha tilstrekkelig kompetanse slik at de kan gi pasientene tilfredsstillende og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

– Hva synes du om de høye tallene på hvor mange som får fysiske plager og vurderer å slutte i jobben?

– Det er uheldig at så mange sykepleiere opplever å ha for lite tid til pasienter og/eller vurderer å slutte i yrket. Det er også et leders ansvar å sørge for riktig bemanning og at sykepleierne har en god arbeidshverdag. ●

overordnet nivå med arbeidsgiverorganisasjonene Spekter og KS.

Hjemmesykepleier Anne Fugleberg i spalten «4 i undersøkelsen» savner at NSF engasjerer seg mer mot vasking og kjøkkentjenester.

«Det er en åpenbar løsning på dette, og det er å styrke bemanningen.»

Eli G. By,
leder i NSF

– Kan du love henne det?

– Vi har engasjert oss i det hele tida, både sentralt og lokalt. Det vil vi fortsette med. ●

Hva vil du legge til om tidstyver?



Anne Fugleberg

Hjemmesykepleier
i Levanger

Her skal personalet begynne å utføre hjemmehjelpsoppdrag, husvask, tøyvask etc. Dette for å spare penger, heve kompetansen og for å «observere pasienten»?! Det har vært store protester til ingen nytte. Er det tilfeldig at vår yrkesgruppe blir utsatt for dette? Jeg synes det er et alvorlig gap mellom hva vi som kommunalt ansatte faktisk blir pålagt å utføre, og NSF's fokus på forskning og kunnskapsbasert praksis. Ønsker NSF på banen. Jeg er svært bekymret og frustrert. Videreutdanningen i kreftsykepleie føles bortkastet.



Åshild Engamo Aunvik

Sykepleier ved Bergan Sjukeheim, Kristiansund

Det er et stressmoment at vi skal ha samme ansvar som hjelpepleiere og helsefagarbeidere med renhold, kjøkken og mat. Flere sykepleiere av litt gamlere sort springer mer enn unge sykepleiere. Ris til egen bak for oss litt gamle. Vi dekker over et profesjonsskille som burde vært mer klart. Vi er like viktige og skal utfylle hverandre. Men vektskåla blir ofte for tung for sykepleieren.



Henning Hallerud

Intensivsykepleier ved Kongsberg sykehus

På intensivavdeling skal en i utgangspunktet ha nok tid til det pasientnære. Men det har blitt en radikal økning i skjemaer som skal utfylles. Spesielt postoperativt. Med mange pasienter hvor en må føre fire skjemaer og tripelføre parametre, er det duket for feil. Det er dessverre mange som synes det er viktigere med skjemaer enn å følge opp pasienten og gi god sykepleie.



Anonym

Sykepleier
Et sted i Norge

Det er for lang avstand mellom leiarar i dei forskjellige nivåa. Toppleiinga tenker inntjening og ventelister. Dei har mange rapportar, men mange av dei viser ikkje virkeligheita i ei avdeling. Dei må til dømes skjønne at viss ein skal auke produktiviteten, vil varekost auke. Leiinga burde hatt X antall dagar i året der dei hadde vore plikta til å «jobba på golvet» for å sjå korleis ein egentlig arbeider der.

ADHD preger livet i familien

● Tekst **Astrid Svalastog**

KREVENDE OG GIVENDE: Helsesøster er en viktig samarbeidspartner for foreldre med barn med ADHD, og er til god hjelp som koordinator og følgesvenn i hjelpeapparatet.

Karrierer settes på vent, parforhold ryker, søsken havner i skyggen og blir både opprørere og diplomater. Utfordringene er mange, og livet i en familie med barn med ADHD er krevende, men også givende, skriver Øyfrid Larsen Moen i siste nummer av Tidsskrift for helsesøstre. Moen, som er helsesøster og førsteamanuensis ved Høgskolen i Gjøvik, har i sin doktorgradsavhandling intervjuet sju familier, med til sammen 23 familiemedlemmer. Foreldre, søsken og barn med ADHD. Hun har også intervjuet 19 helsesøstre om deres

oppfatning av sin rolle knyttet til disse familiene.

Livet i familier med barn med ADHD er både krevende og givende.

Mange foreldre opplever at de er koordinatorene mellom ulike etater og må være sitt barns sakfører.

Åpenhet, aksept og støtte i det sosiale nettverket, og veiledning og tilrettelegging fra de profesjonelle, er essensielt. Det er viktig at familien blir tverrfaglig tatt hånd om allerede fra barnehagealder, og at etatene samarbeider tett og aktivt, både barnehage, skole, PP-tjenesten, helsesøster og BUP, skriver Moen.



Tåler 17-timers nattevakter

Leger som har jobbet 17-timers nattevakter, er like klare i toppen som etter 8-timersvakter, viser en ny studie i Bergen.

I studien gikk legene tre ulike vakter. I tillegg til den 17 timer lange nattevakten som starter på ettermiddagen, gikk legene en 16-timersvakt fra 8 om morgenen til midnatt og en 8-timersvakt fra midnatt til klokken 8 om morgenen.

Kilde: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.

Utdanning påvirker sykefravær

Personer med grunnskoleutdanning har opptil fire ganger så høy risiko for høyt sykefravær enn dem som har universitetsutdanning, viser en ny studie.

Risikoen for høyt sykefravær blant menn med grunnskoleutdanning var på 12,4 prosent og 3,3 prosent for menn med universitetsutdanning, ifølge studien. For kvinner var risikoen 15,4 prosent for dem med grunnskoleutdanning og 4,6 prosent for dem med høyere utdanning.

Kilde: Statens arbeidsmiljøinstitutt



fr. 149 kr



fr. 599 kr



fr. 199 kr



149 kr



199 kr

www.color4care.no

23 96 09 36



Rent vann for pengene

• Tekst **Marit Fonn**

TV-AKSJON: 19. oktober foregår den årlige tv-aksjonen i NRK. I år er Kirkens Nødhjelp mottaker. Pengene skal gå til varig tilgang til rent vann for 1 million mennesker, ifølge NRK.

Rent vann er helse. Og bedre tilgang på vann frigjør tid så kvinner og barn slipper å bruke mange timer på å hente vann hver dag. Dermed kan de lettere få utdanning.

Pengene skal gå til vannprosjekter i Sudan, Sør-Sudan, Etiopia, Somalia, Tanzania, Afghanistan, Pakistan og Haiti.

Det bygges brønner, vannpumper, renseanlegg og sanitæranlegg.

Norsk Sykepleierforbund gir én krone per medlem til aksjonen, det

vil si drøyt 100 000 kroner.

Emilia Sæter er en av sykepleierne som er i beredskap for Kirkens Nødhjelp. (Les side 16.) Når hun er ute på oppdrag, samarbeider hun med ingeniører. Selv underviser hun om hygiene.

«Vi er i et team kalt WASH.»

Emilia Sæter, sykepleier

– Vi er i et team kalt WASH, forteller hun.

Det står for «Water, Sanitation, Hygiene». •



Tynne ullsokker

Sokker som ikke strammer

- Merinoull - klør ikke
- Svært slitesterk
- tåler 60° vask
- Utviklet av oss i samarbeid med norsk helsepersonell

298,-
pr. pk. med 5 par

Enkelt å bestille — rask levering
Tlf. 72 48 16 67 www.ametrine.no

dips.no/panorama



JENSEN, Per Olav

12.03.1943 - 71 år - Mann



25.08.14 kl. 10:46:

Furix 10mg/ml i.v., **25,0 ml**



Rikis Spor 64112

Oversikt, kvalitet og trygghet.

I den kliniske tidslinjen i DIPS vises all klinisk informasjon i ett bilde. Ledende leverandør av e-helse til norske sykehus siden 1987.



ENABLING EFFICIENT HEALTHCARE

EN HELT NY LESEOPPLEVELSE



Les Sykepleien
uansett hvor du er!

Vinn
reisegavekort
VERDI 10.000,-
Vi trekker 3
vinnere!

SYKEPLEIEN – NÅ OGSÅ PÅ NETTBRETT

Opplev Sykepleien på en helt ny måte! Magasinet er nå tilgjengelig som spesialutviklet utgave for nettbrett. Den interaktive utgaven er spekket med flotte bildeserier som gir en ekstra dimensjon til artiklene fra den trykte utgaven. Last ned Sykepleien på ditt nettbrett, og du kan lese magasinet «offline» uansett hvor du er.

Vinn reisegavekort

VERDI 10.000,-

Vi trekker 3 vinnere av et reisegavekort til en verdi av kr 10.000,- blant alle som laster ned Sykepleien i AppStore eller Google Play innen 30. november 2014.

Last ned appen i dag!

GRATIS for medlemmer i NSF



Appen er tilgjengelig både for iPad og Android.
Les mer om hvordan du kommer i gang på sykepleien.no. Trenger du hjelp kan du også ringe 22 04 33 33 eller sende en e-post til bss@nsf.no



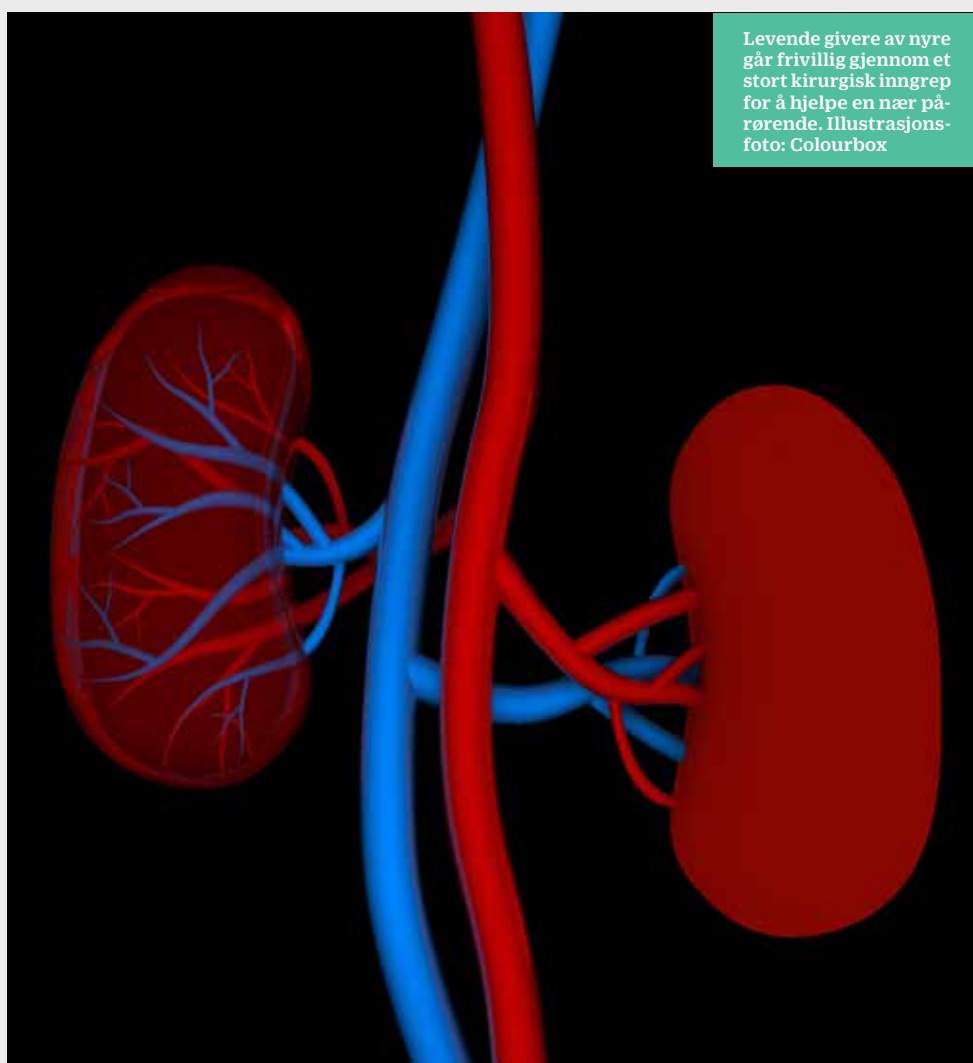
Sykepleien



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 12 | 2014

Fagartikler – Etikk – Intervju



Levende givere av nyre går frivillig gjennom et stort kirurgisk inngrep for å hjelpe en nær pårørende. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Nyredonasjon

Bedre. Nytt smerteregime ga mindre smerter og redusert kvalme etter operasjonen hos givere av nyre. **56**



Fagartikkel.

Sykepleiere aksepterer vold på jobben. **41**



«Uten sykepleien hadde jeg ikke overlevd, det er min overbevisning.»

Finn Nortvedt **44**



Min jobb. Hjelper med yoga. **43**

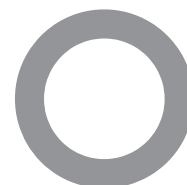


RIKTIG RENHOLD FOREBYGGER SMITTE

Hygiene. Renhold som utføres riktig kan hindre spredning av bakterier i sykehus.

AVSLUTTENDE OPPGAVE:

Artikkelen bygger på
0% praksis
100% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0154



Pia Cathrin Kristiansen, Hygienesykepleier, Skedsmo kommune

Nasjonale insidens- og prevalensmålinger viser at mellom 5–15 prosent av alle sykehuspasienter får en helsetjenesteassosiert infeksjon (HAI) (1–2). Mikroorganismenes resistensutvikling overfor antimikrobielle midler er i dag et verdensomfattende og utfordrende helseproblem (3) og må tas på alvor.

FOREBYGGING. Dersom alle etterlevde basale smittevernrutiner, kunne en betydelig del av HAI vært forebygget (1,2,4,5). Basale smittevernrutiner omfatter håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, personlig beskyttelsesutstyr, håndtering av pasientnært utstyr, renhold og desinfeksjon, avfallshåndtering, håndtering av sengetøy og tekstiler, trygg injeksjonspraksis, desinfeksjon av hud, samt beskyttelse mot stikkskader (6). Hensikten med renhold er å forhindre smittespredning i miljøet og mellom pasienter (4,7).

I litteraturen er det godt beskrevet hvor lenge patogene mikrober kan overleve i miljøet (4,8–9), men det er lite å finne om hvilken innvirkning dette har på smitteoverføring. Hyppige berøringspunkter er rekontaminert innen fire timer (10). Helsepersonells hender blir betydelig forurensset etter fem sekunders kontakt med disse

punktene (11), noe som svekker effekten av økt håndhygiene (10,12).

FAKTORER. Hensikten med denne artikkelen er å undersøke hva litteraturen sier om hvilke faktorer som påvirker de hygieniske kravene til renholdskvaliteten.

Definisjoner:

- Renhold er summen av oppgaver som er nødvendig for å holde et område rent (7,13).
- Rengjøring er fjerning av smuss (13) eller fjerning av forurensning (14).
- Daglig renhold utføres med faste frekvenser innenfor et tidsintervall på opptil en måned (15).
- Renhold skal tilfredsstille kravene i Insta-800 (16), en internordisk renholdsstandard. Den beskriver et kvalitetssystem for å fastsette og bedømme renholdskvalitet i alle typer lokaler. Renholdskvalitet er delt i tre krav: estetiske, hygieniske og innemiljømessige (4,17). I tillegg påvirkes kvaliteten i stor grad av renholdsøkonomien (7,13).

«Det er lite nasjonal forskning på renhold.»

LITTERATURSTUDIER. Artikkelen er basert på litteraturstudier (16), der søkene ble gjort i PubMed, Medline, Embase, SveMed+ og Cochrane, samt i Google Scholar høsten 2012. Søkene ble begrenset til nordisk eller engelskspråklige artikler publisert etter 2006. Det er lite forskning som belyser temaet sykehusrenhold grundig. De fleste reviews konkluderer med at det er behov for mer forskning på området (19–22). Hyppige berøringspunkter er emnet som det foreligger mest renholdsforskning på (10–12,23–26).

BEGRENSNINGER. Det er lite nasjonal forskning på renhold, hovedtyngden er derfor på internasjonale studier. Forholdene i andre land er annerledes, både med tanke på mikrobeflora, byggmateriell, renholdsmidler og -utstyr. Overførbarheten til norske forhold blir ikke diskutert, men mikrobene vil, uavhengig av landegrenser, oppføre seg likt. I funnene er det brukt forskjellige mikrober som markører. Det er uvisst om studiene er overførbare til andre patogene mikrober. Denne artikkelen har ikke sett på desinfeksjon som en del av renholdet.

OPPLÆRING. Blant faglærte renholdere er det store forskjeller i rekkefølgen renholdet blir utført på, metodene og tiden som blir

Fakta ●●●

Hovedbudskap

I de senere årene har det vært mye fokus på håndhygiene for å hindre smitte. Denne artikkelens hovedbudskap er å belyse de faktorene som øker kvaliteten på sykehusrenhold sett fra et hygienesykepleierperspektiv.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

- Hygiene
- Infeksjon
- Institusjon
- Litteraturstudie
- Smitte



Hindrer smitte: Forskning viser at renhold av hyppige berøringspunkter bør økes, eventuelt på bekostning av gulv, da disse alltid vil være kontaminert. Illustrasjonsfoto: NTBscanpix



brukt (24,27,28). Dette gir store forskjeller i renholdskvaliteten. Opp- læring av renholderne økte ren- holdskvaliteten, slik at miljøbelastningen av patogene mi- krober ble mindre (10,12,23–29). Opplæringen bør bestå av teori og praksis, i tillegg til kontinuerlige til- bakemeldinger (24, 29). Teorien må legges opp slik at renholderne for- står hvorfor de skal utføre renhol- det etter prosedyre. De bør ha kjennskap til de forskjellige ledde- ne i smittekjeden (se figur 1) (14), samt kunnskaper om hvilke tiltak de skal gjennomføre for å bryte smittekjeden (7, 30).

ANSVARSFORDELING. Studier vi- ser at renholder er god på renhold, og helsepersonell er gode på be- handling og pleie (12, 28). En kon- troll av hyppige berøringspunkter viste at områdene renholderne hadde ansvar for var betydelig re- nere enn områdene helsepersonell rengjorde (28). Samarbeid mellom yrkesgruppene og en skriftlig an- svarsfordeling er viktig for å kvali- tetssikre at alle områder blir ren- gjort. Renholdsfrekvensen må gjøres skriftlig (28, 30–31).

METODE OG FREKVENNS. Det fin- nes få frie og uavhengige studier om renholdsmetoder. Bruk av mi- krofiberkluter er likevel studert av flere (30,32–34) Disse konkluderer med at innføring av mikrofiber- opper og -kluter effektiviserte og kvalitetsforbedret renholdet (30). Blant annet fordi mikrofiber kan brukes alene, uten bøtter som raskt blir kontaminert under bruk, i til- legg til at mikrofiberkluter høvler vekk fastsittende smuss. Ved kjent smitte anbefales engangskluter framfor mikrofiber.

Kvaliteten på kluten avhenger av materialet og tykkelsen. De tynnes- te mikrofiberklutene kontaminerer mellom åtte og elleve sider av klu- ten som ikke har vært i bruk, bret- tet etter 16-sidersmetode (34). I Danmark ble behovet for å stadfes- te rekkefølgen på renholdet og hvor ofte klutene skal skiftes tydelig et- ter en studie som så på bruken av forhåndsfuktede mikrofiberkluter.

Evaluering av renhold kan gjøres ved bruk av forskjellige metoder for å vurdere renholdskvaliteten (10,16,23–25,28–29,33).

METODE	UTFØRELSE	FUNN	SVAKHETER/STYRKER
INSTA – 800	Visuell bedømming av støvfallsraten og synlige flekker	Avfall og løst smuss, støv, flekker	Subjektiv bedømming. Ingen vurdering av mikrober. Resurskrevende
ATP-MÅLING	En pensel føres over flaten som er rengjort	Gjenværende organisk smuss eller mikrobiell forurensning	Krever opplæring i bruken. Rask tilbakemelding til renholder
CFU-MÅLING	Maskin som suger inn luft fra rommet	Estimerer hvor mye levende organismer som er til stede	Tid- og resurskrevende. Egner seg best ved utbrudd av kjent mikrobe
FLUORISERENDE MIDDEL	Middelet smøres på overflatene før vask. UV-lys føres over flatene etter vask, og viser gjenværende flouriserende middel	Visualiserer hvor renhold er utført	Tid- og resurskrevende. Egner seg til opplæring av nyansatte

Tabell 1. Målemetoder for evaluering av renhold

Studien viste at den totale mikro- bebelastningen ble redusert, men rekkefølgen renholdet ble utført på var likevel med på å spre patogene mikrober (34). Studien medførte en endring i renholdspraksisen i Dan- mark (34, 35). Anbefalingene er nå å vaske mot sengen, og ikke fra, slik den er i Norge (7, 35).

Center for Disease Control and Prevention (CDC) gjennomsnitts- beregnet hvor mange berøringer helsepersonell har med pasienter i løpet av en time. Snittet var 21 be- røringer (fra ni til 42 ganger/time). Med utgangspunkt i disse funnene og "My 5 moments of handhygiene" har CDC anbefalt at hyppige berø- ringspunkter bør rengjøres oftere enn overflater med mindre hånd- kontakt (36). CFU målinger gjort i Norge, viste en midlertidig økning av mikrober i luften umiddelbart etter mopping av gulv, uavhengig av moppemetode (37).

IMPLEMENTERING. Flere studier understøtter implementering av behovs- og kvalitetstilpasset ren- hold i sykehusledelsen, og mener dette tiltaket alene vil øke ren- holdskvaliteten (25,28,30–31). Av- delingene vil ha forskjellige behov

for renholdskvalitet. I tillegg vil uli- ke rom og utstyr i en avdeling ha forskjellige renholdsbehov.

Litteraturen viser at renholder- ne har for liten tid per rom til å kun- ne holde miljøbelastningen på et minimum (24–25,30). En aktiv le- delse, hvor månedlige møter med smittevernpersonell er fastsatt, er et viktig ledd i et behovs- og kvali- tetsstyrt renhold (7, 25).

SMITTEVERNPERSONELLETS

ROLLE. Veilederen til smittevern- loven (38) stiller krav til at det fore- ligger prosedyrer som minimum

beskriver frekvens, rengjøringssystem og behandling av ren- holdsutstyr. Smitte- vernansvarlige skal ivareta at loven føl- ges opp. Det finnes ingen tydelige anbe-

falinger verken nasjonalt eller in- ternasjonalt om metode for eller frekvens av renhold (7,13,16–17,32).

Smittevernpersonell bør være med på å utarbeide opplærings- plan for renholderne. De bør delta i undervisning av denne arbeids- gruppen, og i kontroll av renholdet. Prosedyre for vask av smitterom

«Anbefalingene er nå å vaske mot sengen, og ikke fra.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

skal utarbeides av smittevernpersonell (32) og bør implementeres i infeksjonskontrollprogrammet (IKP).

DISKUSJON. Mye tyder på at ett av de ovennevnte tiltakene alene ikke vil bedre renholdskvaliteten permanent. Renholdsledelsen må ha et tett samarbeid med smittevernpersonell, som sammen må jobbe kontinuerlig med flere av tiltakene. Ansvarliggjøring av alle ledelsesnivåene er det viktigste tiltaket for å oppnå et kvalitativt godt renhold.

ORGANISERING. Renholdsledelsen må sammen med smittevernpersonell og lederne for hver avdeling, risikovurdere alle områder, spesielt hyppige berøringspunkter. Renholdet bør så organiseres slik at det blir rettet mot der risikoen for krysskontaminering er størst. Ved å tilpasse renholdet ut fra smitterisiko, vil man kunne behøvs- og kvalitetsstyre renholdet. For å få til dette, må en evaluering av det utførte renholdet på plass (7,32). Flere studier understøtter implementering av behøvs- og kvalitetsstilpasset renhold, og viser at dette alene vil øke kvaliteten på renholdet (25,28,30–31). Dette vil medføre økonomiske, organisasjonsmessige og administrative endringer i forhold til dagens standard. Om regnestykket går i pluss eller minus er litteraturen uenige om, avhengig av utregningen og faktorer man tar med i regnestykket (10,12).

BERØRINGSPUNKTER. Renhold av hyppige berøringspunkter er en oppgave som helsepersonell mange steder i Norge har vært ansvarlig for (15). Helsepersonell glemmer eller nedprioriterer denne oppgaven når arbeidspresset øker (12,28). Ved å berøre miljøet i fem sekunder, ble helsepersonell nesten like kontaminert av resistente mikrober som ved direkte pasientkontakt (11,16,27). Er det da riktig å la helsepersonell ha ansvaret, når undersøkelser viser at de ikke ivaretar det (31)?

Ved å overføre ansvaret for rengjøring av hyppige berøringspunkt til renholder økte renholdskvaliteten, uten at kvaliteten på de gamle

områdene ble dårligere (28). Overføring av ansvar er i tråd med anbefalingene for et kvalitetsstyrt renhold i sykehus (7, 32). Renholdskvaliteten kan forbedres ved å lage skriftlige rutiner og ansvarsfordelingen, og bør gjøres samtidig med en risikovurdering.

OPPLÆRING. Et kontinuerlig opplæringsprogram for renholderne bør implementeres da forskning viser at opplæring, med fokus på renhold som et av de basale smitteverntiltakene, vil bedre renholdet (29,30). Opplæringen bør være både teoretisk og praktisk på avdelingen.

Den teoretiske delen må inneholde renholdsprosedyrene og hvordan renhold som et smitteverntiltak skal gjennomføres (15). Forståelse for smittekjeden, og hvordan renhold skal utføres for å bryte denne smittekjeden bør være en viktig bit av undervisningen. Den teoretiske opplæring bør gjøres i grupper. Da vil man få diskusjon rundt temaet, og forståelsen vil øke. Den praktiske opplæringen utføres ute på den enkelte avdeling. Gangen i renhold fra rent til urent, hygienenivåer, samt hvilke områder som skal vaskes, og hvor ofte, må gjennomgås (15,30,34–35). Problemet med opplæring og motivering av fagpersonell, er at det har kortvarig virkning, og må gjentas ofte. Et kontinuerlig opplæringsprogram med tilbakemeldinger på utført renhold møter dette behovet (se figur).

RETNINGSLINJER. Litteratursøket ga ingen tydelige anbefalinger verken nasjonalt eller internasjonalt om metode eller frekvens av renhold (7, 15–17, 32,).

På de fleste sengeposter er det i dag kun renhold på dagtid. Renhold utover dette må utføres av helsepersonell. Som beskrevet over, samsvarer dette ikke med renhold som et smitteverntiltak.

Et renholdsprogram som beskriver metode, materiale (utstyr og kjemikalier), systematikk (rent til urent, hygienesoner, bytting av utstyr med mer) og frekvens må utarbeides (15–16). Programmet må

også beskrive ansvarsfordelingen. Smittevernpersonell må delta i utarbeidelsen. Renholdsprogrammet bør implementeres i IKP, og gjøres kjent for alle ansatte.

KONTROLL. Dagens standard er i hovedsak basert på visuell bedømming. Metoden alene sier ikke noen om hygienekvaliteten på renholdet. Bruk av audit eller sjekklister er beskrevet som en effektiv metode for å øke renholdskvaliteten. Da går renholdsleder, smittevernpersonell og renholder sammen gjennom det fastsatte renholdsprogrammet samt kontrollerer renholdet.

KONKLUSJON. Litteraturen viser at det er behov for retningslinjer for metoder og minstefrekvens av renhold, samt en standardisert anbefaling for å evaluere det utførte renholdet.

Renhold bør presiseres i IKP, mer enn bare som en estetisk bit. Renholdsplanen må inneholde frekvens, metode og ansvarsfordeling. Renhold av hyppige berøringspunkter bør økes, eventuelt på bekostning av gulv, da disse alltid vil være kontaminert. Riktig utført renhold vil redusere mikrobemengden, og kan være ett av smitteverntiltakene som forebygger HAI. Et kvalitativt godt utført renhold er, på lik linje med håndhygiene, et billig og enkelt smitteverntiltak. Det er en pågående pasientsikkerhetskampanje i Norge. Funnene i denne artikkelen tilsier at renhold burde vært satt på dagsorden i denne sammenheng. ●

REFERANSER:

1. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Resultater fra NOIS. Lesedato: 13.11.13
2. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Prevalensundersøkelser av helsestjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (PIAH). Lesedato: 13.11.13
3. European Center for Disease prevention and Control. Overvåkningsrapport. Årlig epidemiologisk rapport 2012. Oversikt. Lesedato: 13.11.13
4. Andersen BM, redaktør. Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus. Oslo: Avdeling for hygiene og smittevern. Kvalitets-senteret Ullevål universitetssykehus; 2008. s. 8–9, 16–7, 592–5
5. Berland, A, Berentsen, SB, Gundersen, D. Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet. Vard i nord. Utvekl Forsk 2009;29:33–37
6. Solberg CO. Mikroorganismene slår tilbake- infeksjonssykdommene de siste 50 år. Tidsskr Nor Laegeforen 2001;30:3538–43
7. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Generelle smitteverntiltak. Lesedato: 24.10.13
8. Sintef Byggeforsk. Nilsen SK. Alt om renhold. Kap 1, 2, 5, 7, 9, 11, 14, 21.

9. Degre M, Hovig B, Rollag H, redaktører. Medisinsk mikrobiologi. 3.utg. Oslo: Gyldendal; 2008.
10. Kramer A, Schwabe I, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. BMC Infectious Diseases 2006;6:130.
11. Wilson APR et al. The impact of enhanced cleaning within the intensive care unit in contamination of the near-patient environment with hospital pathogens: A randomized crossover study in critical care units in two hospitals. Crit Care Med. 2011;39:651–8.
12. Bhalla A. et al. Acquisition of Nosocomial Pathogens on Hands After Contract With Environmental Surfaces Near Hospitalized Patients. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2004;25:2164–7.
13. Dancer SJ, White LF, Lamb J, Girvan EK, Robertson C. Measuring the effect of enhanced cleaning in a UK hospital: a prospective cross-over study. BMC Med. 2009;7:28.
14. Sintef Byggeforskerien. Byggforvaltning 700.211 Sending 2. Norsk byggforskningsinstitutt. 2007. Lesedato: 7.8.2012
15. Akselsen PE, Elstrøm P. Smittevern i helsetjenesten. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Norsk forlag AS. 2012. s. 33–9, s. 93–6
16. Sintef Byggeforskerien. Byggforvaltning 740.218 Del 1 og 2. Sending 2. Norsk byggforskningsinstitutt. 2000. Lesedato: 7.8.2012
17. Norsk Standard. INSTA- 800:2010. Rengjøringskvalitet – System for å fastsette og bedømme rengjøringskvalitet. 2011.
18. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Smittevern 15. Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta. Lesedato: 5.11.2013
19. Bjørk IT, Solhaug M. Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok. Oslo. Akribe AS 2008. s. 39–81.
20. Keypas Y, McCubbin D, Cornow E. The Role of Environmental Cleaning in Health Care-Associated Infections. Crit Care Nurs Q. 2010;34: 11–7.
21. Dancer SJ. The role of environmental cleaning in the control of hospital-acquired infections. Journal of Hospital Infection. 2009;73:378–85.
22. Dancer SJ. Hospital cleaning in the 21st century. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases. 2010;30:1473–81.
23. Carling PC, Bartley JM. Evaluating hygienic cleaning in health care settings: what you do not know can harm your patients. Am J Infect Control. 2010;38: 41–50.
24. Malik RE, Cooper RA, Griffith CJ. Use of audit tools to evaluate the efficacy of cleaning systems in hospitals. Am J Infect Control. 2003;31:181–7.
25. Boyce JM, Havill NL, Lipka A, Rizvani R. Variations in hospital daily cleaning practices. Infection control and hospital epidemiology. 2010;31:99–101.
26. Eckstein BC et al. Reduction of Clostridium Difficile and vancomycin-resistant Enterococcus contamination of environmental surfaces after an intervention to improve cleaning methods. BMC Infectious Diseases. 2007;7:61.
27. Carling PC, Briggs JJ, Perkins J, Highlander D. Improved Cleaning of Patient Rooms Using a New Targeting Method. Brief report. Clinical Infectious Diseases. 2006;42:385–8.
28. Heyden MK, Bonten MJM, Blom DW, Lyle E, van de Vijver DAMC, Weinstein RA. Reduction in Acquisition of Vancomycin-Resistant Enterococcus after Enforcement of Routine Environmental Cleaning Measures. CID. 2006;42:1552–60.
29. Carling PC, Parry MM, Rupp ME, Po JL, Dick B, Von Behren S. Improving Cleaning of the Environment Surrounding Patients in 36 Acute Care Hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2008;29:11035–41.
30. Dumigan DG, Boyce JM, Havill NL, Golebiewski M, Balogun O, Rizvani R. Who is really caring for your environment of care? Developing standardized cleaning procedures and effective monitoring techniques. Am J Inf contr. 2012;38:350–3.
31. Rollins Gina. 2009 Infection Prevention & Hospital Cleaning Survey. How clean is clean? Pro Quest. Materials Management in Health Care. 2009;18:18–24
32. White LF, Dancer SJ, Robertson C. A microbiological evaluation of hospital cleaning methods. Int J Environ Health Res. 2007;17:285–95.
33. Sintef Byggeforskerien. Byggforvaltning 700.214 Del 1 og 2. Sending 2. Norsk byggforskningsinstitutt. 2004. Lesedato: 7.8.2012
34. Lewis T, Griffith C, Gallo M, Weinbrn M. A modified ATP benchmark for evaluating the cleaning of some hospital environmental surfaces. J Hosp Infect. 2008;69:56–63.
35. Bergen LK, Meyer M, Høg M, Rubenhagen B, Andersen LP. Spread of bacteria on surfaces when cleaning with microfiber cloths. Journal of hospital infection. 2009;71:32–7.
36. Branchearbeidsmiljørådet for service og veiledning. Brancheveiledning om smitte og risiko for smittespredning ved rengjøring. Bar service 2011. Lesedato: 6.11.12
37. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. 2002;51:21–4.



AKSEPTERER VOLD PÅ JOBBEN

Arbeidsmiljø. Mange sykepleierere aksepterer vold fra eldre personer med demenssykdom som en del av jobben.

MASTEROPPGAVE:

Artikkelen bygger på

50% praksis

50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0155



Rita Helme,
sykepleier og
masterstudent
Universitetet
i Nordland



**Johanne
Alteren,**
Sykepleier
og Phd
første-
amanuensis
Universitetet
i Nordland

Helsepersonell forventer vold fra eldre pasienter med demenssykdom i sykehjem.

I en spørreundersøkelse beskrev helsepersonell volden som fysiske angrep mot helsepersonell; å gå imellom to pasienter som fysisk angrep hverandre, fysiske seksuelle tilnærmelser, muntlige seksuelle tilnærmelser, klyping, lugging, kloring, biting, slag, dytting, å bli kastet ting etter, bli spyttet på, verbalt fornærmet, verbalt truet, forsøkt påkjørt med rullator med vilje eller slått med stokk. Selv om helsepersonell forventer vold fra pasientene velger de likevel å gå inn i omsorgssituasjoner og hjelpe pasienten. Hensikten med artikkelen er å belyse hvorfor helsepersonell ofte aksepterer vold i omsorgssituasjoner.

METODE. Et spørreskjema rundt temaet vold ble sendt ut til helsepersonell som arbeider nattevakt i sykehjem i Norge. Deltakerne var sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter. Undersøkelsen ble gjennomført i første halvår av 2013, og 16 av 19 fylker var representert i undersøkelsen. Et av spørsmålene i undersøkelsen oppfordret deltakerne til å gi sine egne betraktninger rundt følgende: Hva er grunnen til at helsepersonell ofte

aksepterer vold utøvd av eldre pasienter med demenssykdom som en del av arbeidshverdagen? Av 186 deltakere i undersøkelsen, valgte 127 å svare på dette spørsmålet. Betraktningene deltakerne skrev ned ble analysert og kategorisert ut fra innhold. Det dannet seg et mønster hvor tre kategorier beskrev hva aksept av vold i omsorgssituasjoner handlet om: rolleforventning til helsepersonell, relasjonell og kontekstuell kunnskap og sykdomskunnskap.

ROLLEFORVENTNING. Deltakerne la forventningene til det å være helsepersonell til grunn for å forklare aksept av vold fra pasienter med demens. De beskrev at forventningene til rollen skapte en normalisering av volden. En kvinnelig hjelpepleier forklarte: «Grunnen er nok at det blir en vane. Det skjer så ofte at personalet til slutt ikke reagerer på det», og en mannlig assistent sa: «... Det skjer så ofte at det blir en del av hverdagen. Volden oppleves som ubehagelig men ufarlig, og blir dermed ikke gjort noe med.» En kvinnelig sykepleier uttrykte frustrasjon over å si ifra om vold på sykehjem: «Forbannelsen ved omsorgssyrkene er at vi skal tie og tåle. De fysiske angrepene er gjerne preget av liten kraft på grunn av fysisk svekkelse, og det blir for-

ventet at man tåler såpass.»

Rolle er definert som «Det system eller sett av normer og forventninger som er rettet mot personer i bestemte posisjoner, grupper, kategorier innenfor en bestemt sosial sammenheng»(1). Sykepleier er en yrkesrolle som har spesifikke forventninger knyttet til seg, både fra omgivelsene (påørende, ledere, annet helsepersonell) og fra sykepleieren selv. Helsepersonell har også en rolle som gruppe, og forventningene til denne er diktert både av omgivelsene og deres egen forforståelse og forvaltning av rollen. Rolleforventningen til helsepersonell vises gjennom at aksepten av volden forklares med en egenskap som ligger i yrkesrollen. En kvinnelig sykepleier skriver «Føler at det er en del av jobben at vi er utsatt for slike situasjoner.»

Ikke alle virker like fornøyd med at volden aksepteres, men forklarer likevel aksepten gjennom kommentarer som «det er forventet», «det er ganske vanlig», «får beskjed om at slik skal det være» eller «det er en naturlig del av arbeidet.» En kvinnelig omsorgsarbeider uttrykker: «Vi er vant med at må vi så må vi. Pasienten trenger hjelp.»

VANT TIL VOLD. Helsepersonell beskriver at de er så vant til volden som utøves at både de selv og

Fakta



Hovedbudskap

Helsepersonell erfarer ofte vold i arbeidet. De legger sykdomskunnskap, relasjonell og kontekstuell kunnskap, samt kunnskap om egen rolle i situasjonen til grunn for den aksept de utviser når det forekommer vold. Når helsepersonell er bevisste på disse faktorene, kan kunnskapen brukes til å forhindre eller minske forekomsten av vold.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Vold
- Demens
- Sykehjem



Figur 1: For å forstå volden den eldre pasienten med demenssykdom utviser, er det viktig å se både egenskapene hos pasienten, egenskapene hos hjelperen og konteksten

lederne bagatelliserer hendelsene. Det kan også virke som det er en mangel på kommunikasjon om volden. En mannlig hjelpepleier uttrykte det slik: «Man bagatelliserer og bortforklarer handlingene fra demente. Dette (vold) er et nærmest ikke-tema de fleste steder.»

Hvis problemstillingen bagatelliseres, mister helsepersonell muligheten til å lære av hendelsene, og samtidig mister de muligheten til å forbedre kommunikasjonen med pasienten for å forhindre volden. Når man blir så vant til hendelsene, kan det være at man glemmer å lete etter det bakenforliggende motivet for volden? Hva kommuniserer pasienten? Kan normalisering og bagatellisering være med på å skjule eller skape en problemstilling, både for pasienten og for den ansatte? Pasienten uttrykker noe med volden, og når det ikke blir tatt alvorlig kan det kanskje føre til økt frustrasjon og mer vold?

KUNNSKAP. Deltakerne tilla aksepten av vold relasjonell og kontekstuell kunnskap. De beskriver at forståelsen av hvorfor pasienten

føler det nødvendig å utøve vold, gjør det lettere å akseptere volden.

En kvinnelig hjelpepleier setter ord på det relasjonelle aspektet ved volden; «I flesteparten av tilfellene hvor pasientene utøver vold, mener jeg det skyldes misforståelser mellom helsepersonell og pasient. Som oftest er ikke pasienten klar over hva han eller hun gjør. De prøver bare å forsvare seg mot en situasjon hvor de ikke forstår hva som skjer.» Kanskje er det slik at pasienten faktisk forstår hva som skjer, og at avmakten gjør at pasienten velger å kommunisere med vold, fordi ord ikke strekker til? Det kan virke som vold utøvd av eldre pasienter i sykehjemsavdelinger, ofte skjer som en konsekvens av en handling. Zeller et al. (2) gjorde en litteraturstudie på aggresjon mot pleiere utøvd av eldre pasienter i sykehjem. De fant at volden som utøves, ofte varierer fra fysisk aggresjon til verbal aggresjon, og at invasjon av pasientenes private sfære var en vesentlig grunn til at voldelige situasjoner oppsto.

REFLEKTERTE. I en artikkel av Lillevik et al. (3) framkom det at mange helsearbeidere har et reflektert forhold til hvordan deres tilstedeværelse medvirker til volden som utøves. Dette kommer også frem i kommentarene fra deltakerne i denne studien. Mange av deltakerne har vurdert den bakenforliggende intensjonen til pasienten, og legger noe mer i volden enn bare et angrep mot dem selv som

«Det skjer så ofte at personalet til slutt ikke reagerer på det.»

person. En kvinnelig hjelpepleier beskriver denne kontekstuelle kunnskapen med: «Volden som utøves er ikke av ondskap, men ofte på grunn av angst og frustrasjon over egen situasjon ...»

Halvorsen (4) sier at pasienten er det grunnleggende for en terapeutisk relasjon, hvor anerkjennelse bygger tillit, som gjør at relasjonen blir bedre. For å kunne hjelpe en aggressiv eller voldelig pasient, er det nødvendig å gå dypere inn i hvorfor hun eller han utøver vold. Hvis relasjonen til pasienten er god, øker det kanskje sjansen for å kunne forstå volden, eventuelt forutse at den kommer og etter hvert forhindre at den oppstår.

SYKDOMSKUNNSKAP. Deltakerne mente mye av grunnen til at de aksepterte volden var den for forståelsen og kunnskapen helsepersonell har om sykdommen demens. En kvinnelig sykepleier sier: «Man forstår at det ikke er overlagt eller tilsiktet vold, men tap av helse og kognitive ressurser som er årsaken.» En mannlig sykepleier legger til grunn «en forståelse av at atferden til den demente skyldes kognitiv svikt, at demente ikke er i stand til å forstå konsekvensene av sine handlinger».

Demens skyldes en sykdomsprosess i nervesystemet, som gir en permanent reduksjon av kognitive evner. Den vanligste årsaken til demens er Alzheimers sykdom, som karakteriseres ved et veldig stort nevrontap i storhjernen. Pasienten utvikler et betydelig hukommelsestap, en påvirkning av andre kognitive ferdigheter, og det kan forekomme emosjonelle funksjonsforstyrrelser som utagering og depresjon (5). Frontallapp demens gjør at pasienten i noen tilfeller utviser atferdsproblemer, da frontallappens funksjon er å kontrollere handling. Personer med annen type demens kan også utvise aggresjon som en del av sykdomsbildet (6).

KRENKET? Erfaringene tilsier at de fleste ville føle seg krenket på en eller annen måte hvis de ble utsatt for vold. Åström et al. (7) viser i sin forskning til følelser som anti-pati, aggresjon og forbau-selse ved erfaring med vold. Etter å ha lest



responsen fra spørreundersøkelsen, er jeg ikke så sikker på at helsepersonell opplever volden fra eldre pasienter med demenssykdom som en krenkelse. Fire prosent svarer at de ikke aksepterer vold, men hele 96 prosent begrunner aksept av volden fra eldre pasienter. Noen ser på egenskaper hos pasienten og forklarer at de aksepterer at syk-

«Vi er vant med at må vi så må vi. Pasienten trenger hjelp.»

dommen endrer pasienten slik at vold noen ganger oppstår. Andre ser på egenskaper hos seg selv og den rollen de har i voldssituasjoner, og aksepterer volden på bakgrunn av dette. Andre igjen forklarer volden ut ifra en relasjonell og kontekstuell kunnskap.

Resultatene i denne studien kan sees i forhold til en studie av Lillevik et al. (3). De påpekte at tidligere forskning fokuserer ensidig på egenskaper hos pasienten som grunn til voldsutøvelse. I denne studien har helsepersonell også vurdert variabler hos pasienten, men vist til kunnskap om sykdommen som grunn til den aksept helsepersonell utviser i møtet med den eldre som utøver vold. Videre påpekte Lillevik et al. at gjennom å fokusere ensidig på egenskaper hos pasienten kunne man overse relasjonelle årsaker til volden (3). Dette belyses av deltakerne, som legger relasjonelle og kontekstuelle variabler til grunn for aksept av vold fra eldre pasienter med demenssykdom. Lillevik et al. framhever også den store betydningen hjelperen har i relasjonen (3). Dette ser man gjennom rolleforvaltning og kunnskap om egenskaper hos hjelperen sett i forhold til volden som utøves. Alle de tre variablene står i forhold til hverandre (figur 1), og påvirker situasjoner hvor vold utøves av den eldre pasienten med demens. Kunnskap om disse elementene er betydningsfulle og

kan bevisstgjøre helsepersonell. Pasientens mulige redsel, avmakt, fortvilelse og forsøk på kommunikasjon kan anerkjennes. Anerkjennelsen medfører en forståelse fra helsepersonell som medvirker til aksept for vold.

KONSEKVENSER FOR PRAKSIS.

Kunnskap rundt egenskaper hos pasienten og sykdommen, egenskaper hos hjelperen og rolleforvaltningen, samt relasjonelle og kontekstuelle faktorer som spiller inn, utvikler forståelse hos helsepersonell. Forståelsen gjør at voldshendelser kan møtes og roes hurtigere ned. Alle faktorene kan bli vurdert og mulige triggere til volden kan bli fjernet. ●

REFERANSER:

1. Bø ILH. Pedagogisk ordbok. 3. editor. Oslo: Universitetsforlaget 2002.
2. Zeller A, Hahn S, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatric Nursing*. 2009;30:174-87.
3. Lillevik OG, Øien L. Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2010;2(6).
4. Halvorsen GS. Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende. Hva gjør den virksom? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2008;4:3-8.
5. Wyller VB. Det friske og det syke mennesket VI. Akribe. 2006;1(1).
6. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. *Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal Akademisk. 2010.
7. Astrom S, Karlsson S, Sandvide A, Bucht G, Eisemann M, Norberg A, et al. Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2004;18: 410-6

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

MBT®
physiological footwear

For The Human Movement™

Jeg er en enestående sko med 15 års forskning bak meg.
Jeg er:
Leddavløstende
Bedrer Kroppsholdningen
Aktiviserer muskulaturen

WWW.MBTNORGE.NO



Veetamo Kari Lyngmo White

Hjelper folk med yoga

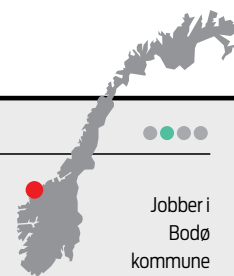
Fortalt til **Susanne Dietrichson** • Foto **Bjørn Erik Rygg Lunde**

Fakta

**Veetamo
Kari Lyngmo
White**
38 år

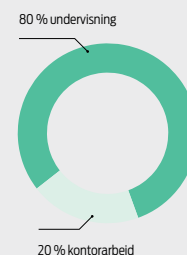
CV

2007: Ferdig utdannet sykepleier
2008: Videreutdanning i selvmordsforebygging og forskning
2009: Videreutdanning i psykisk helsearbeid
2010: MediYoga - Medisinsk yogaterapeut



Jobber i
Bodø
kommune
67°N

Når jeg jobber driver jeg med ...



Jeg har et firma som heter Medisinsk Yoga Nord. Størstedelen av jobben går ut på å utdanne helsepersonell i medisinsk yoga (MediYoga). Jeg reiser rundt og holder utdanning i hele Norge for leger, sykepleiere, fysioterapeuter og en og annen psykolog. For å jobbe som MediYoga-terapeut må man ha helsefaglig bakgrunn. Det er spennende å møte så mange forskjellige yrkesgrupper på utdanningene og vi har mange interessante diskusjoner. Hver utdanning starter med at vi gjør yoga sammen. Deretter går jeg gjennom hver enkelt øvelse og forklarer hva det gjør med kroppen og hvorfor.

Yoga blir stadig mer utbredt innenfor helsevesenet og grunnen er at resultatene er dokumentert; folk blir faktisk bedre. I tillegg gir jeg konsultasjoner til pasienter som er henvist videre til meg med forskjellige problemer; fra vonde rygger til høyt blodtrykk eller depresjon.

Jeg har også yogakurs for pasienter en gang i uken, på Vardensenteret. Hit kommer kreftpasienter i alle faser av sykdommen; både de som holder på å bli friske og de som snart skal dø. Jeg vet aldri hvem som kommer og hvilke øvelser vi skal gjøre på forhånd. Men jeg bruker faglig skjønn og legger opp timen ut ifra de behovene jeg opplever at pasientene har der og da. Hver time begynner med pusteøvelser. Lange, dype åndedrag hjelper pasientene til å roe seg helt ned, og har en smertelindrende effekt. Øvelsene tilpasses hver enkelt. Noen foretrekker å gjøre øvelsene sittende i en stol, og det fungerer like bra som den klassiske posisjonen på gulvet. Det skal ikke gjøre vondt og jeg jobber aktivt med avspenningsøvelser og meditasjon. Øvelsene påvirker kroppen på forskjellige måter, både fysisk og psykisk. Min sykepleiebakgrunn gjør at jeg forstår hva yoga gjør med kroppen.

Det beste med jobben er møtet mellom vestlig skolemedisin og Østens filosofi. Og tilbakemeldingene jeg får fra pasientene. Noen glemmer jeg aldri. Som en dame på 80 år som var hardt angrepet av Parkinson. Yogaen gjorde at hun klarte flere praktiske gjøremål og kunne stille seg selv igjen. ●

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Bedre: Veetamo Kari Lyngmo White ser bedre hos pasienter som gjør yoga.



NÅR SYKEPLEIE REDDER LIV

Pasient. Finn Nortvedt hadde undervist i årevis om sykepleie. Så ble han selv alvorlig syk. Her beskriver han hva det gjorde med hans syn på god pleie, selvbestemmelse og døden.



Finn Nortvedt.
Dosent ved
Høgskolen
i Oslo og
Akershus

Dette er en fortelling om det å skifte side. Det er en historie om det å gå fra å være frisk til å bli syk; til og med kritisk syk. Det er samtidig en fortelling om sykepleie.

HVA SKJEDDE? Det var i november 2010 det skjedde. Jeg oppdaget friskt blod i urinen og skjønnte det kunne bety kreft i urinblæren. Livet mitt kom til å forandre seg. Jeg var 58 år, følte meg frisk. Til nå hadde jeg ikke hatt noen alvorlige sykdommer, men så hadde det altså skjedd.

Urinblærekreft er den fjerde hyppigste kreftformen blant menn i Norge. Det diagnostiseres årlig cirka 900 tilfeller av blærekreft her til lands, og kun 1–2 prosent av disse tumorene er godartete eller benigne. Det betyr at denne kreftformen har en høy malignitetsgrad og pasientene må følges i tette kontroller over mange år.

De fleste som rammes er over 60 år, og røyking er en disponerende faktor for denne kreftformen. Overlevelseshraten avhenger av hvor tidlig kreften oppdages og graden av hissighet. 70 prosent av

blærekreftformene er lite aggressive og kan holdes i sjakk ved jevnlig kontroll av livet ut. Dersom svulsten er vokst inn i blæremuskulaturen, er det indikasjon for radikal kirurgi, som innebærer at man kirurgisk gjør en cystoprostatektomi, det vil si at man fjerner både blære, prostata og lymfevev i bekkenet. Dette er en omfattende operasjon som krever at pasienten ikke er for gammel og har god almenntilstand.

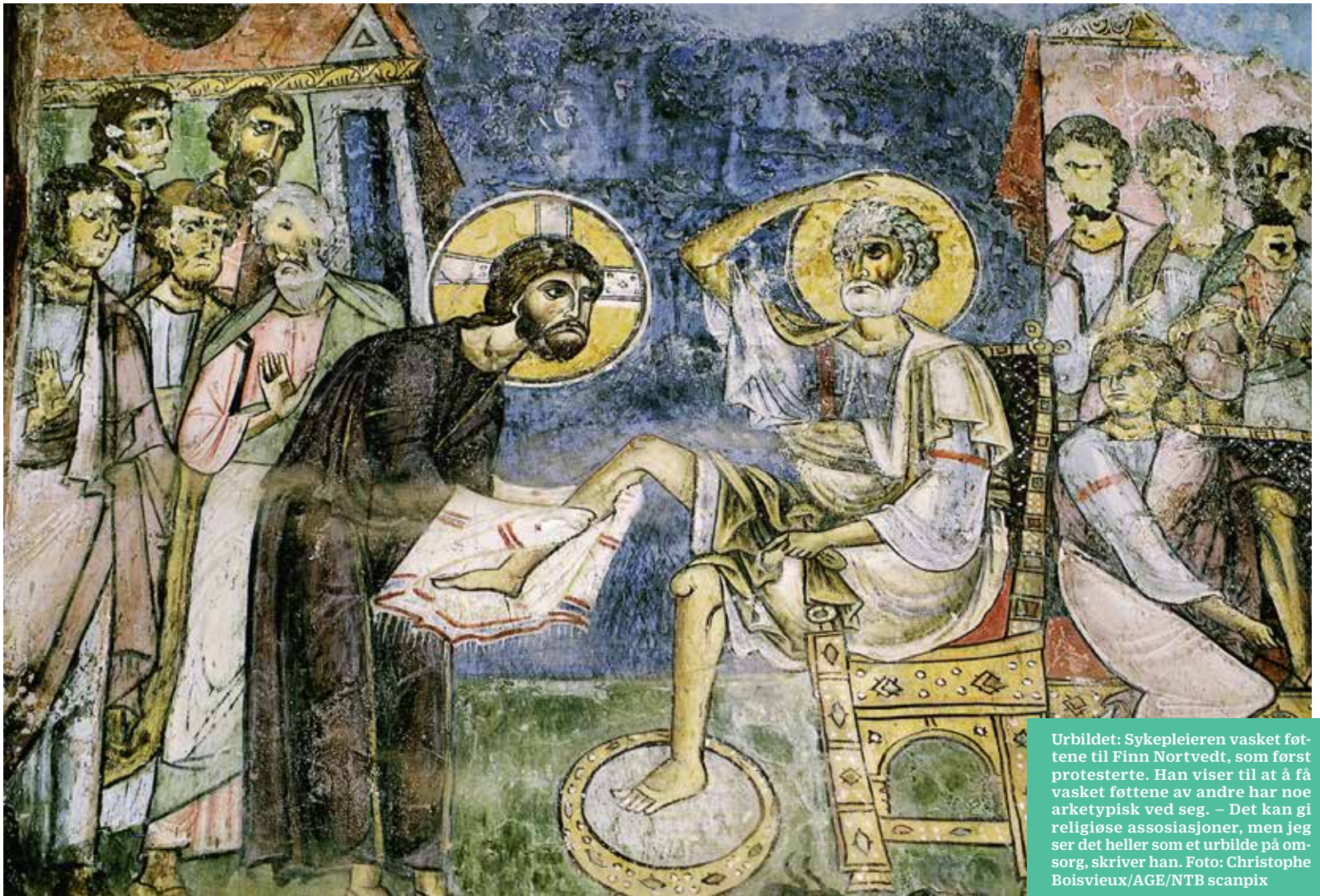
Som sagt, jeg forstod at dette kunne være alvor og ringte urologisk poliklinikk på sykehuset hvor jeg fra før gikk til jevnlig kontroll. Jeg fikk time hos urolog til cystoskopi et par uker etterpå. Undersøkelsen og senere biopsi av svulsten viste en høygradig, det vil si hissig og aggressiv kreftform. Men svulsten var overflattisk og hadde ennå ikke grodd ned i blæremuskulaturen. Jeg ble derfor satt opp på hyppige kontroller denne våren for å følge med på svulstens utvikling. Det viste seg ganske raskt via to nye biopsier fram mot sommeren at jeg hadde en aggressiv kreftform som utviklet seg raskt og gjorde at jeg ble anbefalt radikal operasjon så fort som mulig.

Ved kontroll i midten av juni var kirurgen rett på sak og fortalte at den nye vevsprøven viste en svulst som var i ferd med å vokse innover i blæremuskulaturen. Den ble gradert til T1. Etter en samlet vurdering anbefalte hun radikal operasjon. Hun

«Jeg oppdaget friskt blod i urinen.»



Fortalt før: I Sykepleien 3/2012 fortalte Finn Nortvedt at det var først da han selv ble pasient at han skjønnte hva god sykepleie er.



Urbildet: Sykepleieren vasket føttene til Finn Nortvedt, som først protesterte. Han viser til at å få vasket føttene av andre har noe arketypisk ved seg. – Det kan gi religiøse assosiasjoner, men jeg ser det heller som et urbilde på omsorg, skriver han. Foto: Christophe Boisvieux/AGE/NTB scanpix

hadde allerede satt meg opp på operasjonsprogrammet i juli, nærmere bestemt den 21. juli. Jeg kjente at jeg strittet imot. En radikal operasjon hvor de fjerner både blære og prostata samt tilliggende lymfeknuter er en stor operasjon som heller ikke alltid er komplikasjonsfri. Inngrepet innebærer krevende rehabilitering og får varige følger. Men jeg innså at jeg egentlig ikke hadde noe valg. Jeg skjønnte det stod om livet.

PÅ INTENSIVAVDELINGEN. Jeg ble operert første gang 21. juli 2011, og alt gikk bra den første uka. Jeg var raskt opp på beina og ble kalt en «premiapasient». Så i begynnelsen av den andre uka fikk jeg magesmerter og

stigende feber. Mot slutten av uka på torsdag 4. august ble jeg operert i all hast på grunn av mekanisk ileus og sepsis. Situasjonen var kritisk: Livet sto på spill! På intensivavdelingen lå jeg i fem døgn etter to reoperasjoner og to av disse døgnene på respirator. Erfaringen både fra respirortiden, men også perioden etter at jeg ble ekstubert og gradvis kom ut av den livstruende situasjonen, forteller noe helt grunnleggende ved det å være pasient og motta sykepleie.

Hva hendte når jeg ble kjørt til operasjonsstuen denne torsdagen i begynnelsen av august 2011?

En stund etter at operasjonen skulle vært i gang, blir min kone som sitter nede i vestibylen på sykehuset

sammen med min bror og vår yngste datter, ringt etter fra intensivavdelingen. Anestesilegen vil snakke med henne. Når hun kommer opp på avdelingen, får hun beskjed om at de måtte avbryte og utsette operasjonen en periode fordi jeg fikk blodtrykksfall ved innledning til narkosen. Blodtrykket falt til 60/30, og situasjonen var en periode kritisk og ustabil. Dette blodtrykksfallet hadde sammenheng med at jeg i løpet av formiddagstimene hadde utviklet betydelige infeksjonssymptomer og hadde sepsis med hypotensjon og fallende urinproduksjon.

De utspilte tarmene forårsaket også at de ikke fikk lukket bukveggen og operasjonen måtte avbrytes. Jeg

ble liggende med åpen bukvegg og på respirator. Den påfølgende kvelden og natt til fredag var situasjonen ustabil. Blodtrykket var lavt, og jeg måtte i perioder få pressorstoffer intravenøst.

Jeg kom tilbake til intensivavdelingen sent på ettermiddagen, var sedert på propofol og remifentanyl og husker ikke noe fra disse time-ene som var kritiske gjennom natten. Om kvelden får jeg et nytt blodtrykksfall til 80/40, og det må henges opp nytt drypp med noradrenalin. Infeksjonsprøvene var også unormalt høye og viste blant annet en CRP på 297.

Dette var avgjørende timer, men jeg overlevde





natten og våknet utpå morgenen fredagen. Utover dagen stabiliserte situasjonen seg, og jeg ble reoperert igjen lørdag 6. august for å lukke bukveggen. Det ble vellykket, og jeg ble ekstubert den samme dagen.

DE FØRSTE SPØRSMÅL. Det første jeg husker når jeg våknet etter den første operasjonen, er at min kone står ved fotenden av senga. Samtidig skjønnte jeg at jeg var intubert, lå tilkoblet respirator og at jeg ikke kunne snakke. Min første reaksjon var: Hva har skjedd? Hvorfor lå jeg på respirator og hvor alvorlig var dette? Jeg fikk signalisert at jeg ønsket noe å skrive på og med, slik at jeg kunne spørre om det jeg lurte på.

Det var vanskelig å skrive på grunn av respiratoren og sengeleiet, men jeg fikk formidlet meg, og det var det viktigste. Det første spørsmålet mitt gikk direkte på hvor alvorlig dette hadde vært. Jeg skrev: «Hvor nære var jeg»? Jeg husker ikke hva sykepleieren svarte, men jeg tok det rolig. Jeg skjønnte jo at dette hadde vært nære på, men uten at jeg følte noen redsel eller angst av den grunn. De neste spørsmålene dreide seg om hva som faktisk hadde skjedd.

Det underlige og som jeg har reflektert mye over i ettertid, er at jeg var overgitt i sykepleiernes varetekt, helt prisgitt andres kompetanse, men uten å føle noen form for utrygghet eller redsel for døden. Jeg opplevde meg tvert imot ivaretatt og trygg. Det understøttes også fra data i sykepleiejournalen, som framhever at jeg på dette tidspunktet ikke viste tegn på angst eller nervøsitet. Hva kan det ha med å gjøre?

Jeg mener selv at det har sine årsaker i den sykepleien jeg mottok. Det at jeg opplevde fagpersoner som på en kompetent måte ivaretok meg, min kropp og mitt liv, der og da, og på en måte som innga grunnleggende trygghet. Så blir spørsmålet hvordan er det mulig i en slik utsatt situasjon, hva slags ferdigheter var det disse sykepleierne hadde som gjorde at jeg kunne være overgitt, men samtidig ikke følte meg overlatt, eller forlatt? Hva var innholdet i denne kompetansen?

Å FÅ KROPPEN TILBAKE. Slik jeg ser det, var denne kompetansen først og fremst konkret og praktisk, og nærmere bestemt knyttet til den direkte ivaretagelsen av mine grunnleggende behov og pleien av min kropp. Det var gjennom den grunnleggende sykepleien, det kroppslige stellet, mobilisering og leiring i senga at jeg opplevde sykepleiens betydning på kropp og sjel. Det å bli berørt og tatt på i en slik situasjon av kyndige, faste og gode hender var det som forankra og holdt meg fast til livet. Og det var nettopp hvordan intensivsykepleierne håndterte dette i et høyteknologisk miljø, hvor fokuset også måtte holdes på avansert overvåkning og medisinerings, som var avgjørende for min overlevelse.

Jeg tenker at fra kirurgiens brutalitet, det invasive og voldsomme traumet på kroppen, organer som blir manipulert og vendt, hud, bein og muskler som splittes, er sykepleiens kontrast; å hele det som er manipulert og reparert. Det er å gjøre reparasjonen virksom. Og kroppen husker traumet, derfor er det så nødvendig å erstatte det voldsomme og traumatiske inntrykket med den faste og gode berøringen av de varssomme hendene.

Det er naturlig her å trekke nærmere veksler på den franske fenomenologen Maurice Merleau-Pontys (1962/2000) filosofi om den levde kroppen og kroppens rolle i persepsjonen. I fenomenologisk forstand betyr ordet levdt at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Det er som kropp vi lever våre liv i denne verden. Denne kroppen er ikke en ting blant andre ting som omgir oss, men er vår forankring i verden som subjekter, som personer. Med kroppene er vi plassert i en historisk og gitt verden og verden sanses i vår bevissthet gjennom den levde kroppen. Denne kroppen er det jeg ikke kan forlate, den er alltid nærværende, ikke som et fysisk objekt, men som meg selv (Nortvedt 2008).

Forholdet vi har til kroppen er som regel en før-reflektert oppmerksomhet som gjør at vi først legger merke til den (kroppen) når vi bevisst retter vår konsentrasjon mot den. I en slik situasjon som den

jeg var i, er det som om kroppen er transparent og hypersensitiv. Den er mottakelig for alle inntrykk, og selv den minste uregelmessighet ved underlaget blir registrert og opplevd. Den berørte kroppen streber etter kontakt og det å trekke forbindelsen tilbake til verden og livet, og den kyndige berøringen via kroppsspleien og det daglige stellet er det jeg erindrer som sterkest og som det viktigste fra denne tiden. Jeg husker faste rytmiske hender, erindrer å bli vendt og leiret godt i senga.

Det kan også sies på en annen måte ved at det var som å få kroppen tilbake. Mitt jeg ble restituert og ble igjen en integrert del av min kropp gjennom det daglige stellet og den kroppslige kontakten og kyndigheten fra sykepleierne. Akkurat som spebarnet er avhengig av kroppskontakt, direkte omsorg og ivaretagelse som en del av jeg-utviklingen, ble mitt jeg som intensivpasient også brakt tilbake i en situasjon hvor jeget var naken, hudløst og overgitt til andres varetekt og omsorg og hvor det kyndige stellet av min kropp ble det som bandt meg til livet.

SANSENDE I STELLET. Min syke kropp var også bærer av den grunnleggende tvetydighet som Merleau-Ponty (1962/2000) framhever som et kjennetegn ved den levde kroppen som er både berørende, mens den selv blir berørt, sansende mens den selv blir sanset, den er selv synlig, mens den også er seende. Den kroppslige pleien var det konkrete uttrykket for denne tvetydigheten, og som skapte en forbindelse til livet. Når jeg ble berørt gjennom stellet, så var jeg selv samtidig berørende, når jeg ble observert, sanset og tatt imot, så var jeg selv sansende og mottakende. Denne gjensidigheten medførte grenser og en erkennelse om ikke direkte påminnelse om at jeg var i livet, ikke kun passivt, men også deltakende gjennom min kroppslige mottakelighet, sanselighet og tilstedeværelse.

Et viktig poeng i Merleau-Pontys

«Aldri tror jeg noe har smakt så godt, kjølig, svalende.»

filosofi om kroppen er nettopp denne synergismen eller samspillet mellom ulike organismer. Det at vi er av samme slag, men samtidig forskjellige; den andre kan føle meg fordi jeg kan føle den andre som i håndtrykket. Det er hva den norske sykepleieren og filosofen Ingunn Elstad (2014) betegner som en sirkulær prosess, det å kjenne og bli kjent, nettopp fordi min kropp og den andres kropp er av samme stoff.

En situasjon fra en natt på intensiv kan illustrere dette og knytter seg spesielt til hvordan en sykepleier var til stede i rommet og på en måte som opplevdes som en konsentrert og stille oppmerksomhet henvendt mot meg og min situasjon. Hun viste en kontinuerlig tilgjengelighet og tilstedeværelse som gjorde meg trygg og som fikk meg til å slappe av gjennom natten. Jeg merket hennes tilstedeværelse uten at det på noen måte eller noe tidspunkt var forstyrrende. Et lite vink eller bevegelse fra min side så var hun der, forhørte seg, la meg til rette i nye leier, rettet på hodeputen og uten at jeg behøvde å bruke unødvendig energi selv. Det var en observasjonsevne paremt med en omsorgsfull oppmerksomhet og praktisk handlingskompetanse som var unik og skapte trygghet.

I en slik situasjon som jeg var i, er det også som om tiden opphører; den kronologiske tidsoppfatningen går i oppløsning og forsvinner. Alt som står igjen og er tilbake, er de enkelte øyeblikkene som rommer alt. Og all vesentlig kommunikasjon dreide seg om hvordan sykepleierne håndterte min utsatte og plagede kropp. Det var ikke tid og sted for de lange samtaler, samtalen var innvevd på en naturlig måte i en rytme bestående av små men betydningsfulle beskjeder og spørsmål og svar, og som samtidig var forbundet med det konkrete arbeidet, til pleien av den kritisk syke kroppen, min kropp!

Og det var som kropp jeg helt og holdent eksisterte, og det var slik jeg opplevde en sammensmelting av det sjelelige i det kroppslige som gjorde meg konsentrert og skjerpet, ja til det som av kone og familie forøvrig ble beskrevet som taperhet. Det var en mobilisering av

en biologisk og kroppslig overlevelsesvilje; vilje til fortsatt liv som var sterk, der og da, og som sammen med sykepleiernes stell og håndtering av min kropp ble det som holdt meg i livet.

TØRSTEN. Den meste ubehagelige kroppslige opplevelsen jeg hadde under intensivperioden, var en intens og evigvarende tørste. Det var en tørste som var konstant og som var hinsides min fatteevne. Mitt høyeste ønske var i perioder å bli kvitt, eller å få lindring for denne tørsten. Den kunne lindres kun i sekunder av gangen. Verken spray eller det å fukte munn og lepper hjalp. Det eneste som ga lindring i korte sekunder, var å drikke små slurker av væske og/eller tygge isbiter. Av en eller annen grunn kom jeg til å foretrekke Solo Super, og jeg ville nok vært en strålende reklame for dette produktet i denne perioden.

Jeg hadde en drikkerestriksjon på 500 ml i døgnet noe som ble forsøkt tøyd og disponert utover døgnet, men det ble helt utilstrekkelig slik jeg opplevde det. Samtidig fikk jeg aldri noe svar på hva denne tørsten kom av og hvor lenge den kunne forventes å vare. For meg varte den usigelige tørsten til ut i slutten av den uken hvor jeg var tilbake på sengeposten. Da forsvant den like plutselig og uforklarlig som den kom.

I ettertid erindrer jeg doktoravdelingen til Eva Gjengedal fra 1994 som er en kvalitativ studie om opplevelsen av det å ligge på respirator. Her beskriver Gjengedal (1994) hvordan det pasienten opplever som den største belastning og plage var den evigvarende og intense tørsten. Det beskrives billedlig ved historien om pasienten som forteller hvordan tørsten ble forsterket av sykepleieren som lot vannet renne fra springen på sengerommet.

FOTBADET. Noen episoder knyttet til det kroppslige stellet har brent seg fast i min bevissthet. Det var søndag og den tredje dagen på intensiv og sykepleier S hadde dagvakt. På morgenen, før han skal sette i gang med stellet, sier han at nå skal jeg opp på sengekanten, og så skal jeg få

footbad. Umiddelbart tenker jeg hva er dette for noe, opp på sengekanten og få footbad? Jeg protesterer og sier det kan jeg ikke, det greier jeg rett og slett ikke. Jeg føler meg helt kraftløs og utslått. Selv den minste bevegelse er en kraftanstrengelse og det å sitte oppe forekommer meg som en umulighet. S er bestemt, jeg må opp av sengen og han begynner å klargjøre alt utstyret og ordne med infusjonssett og alle koblinger som monitorer alt fra hjertevirksomhet, blodtrykk og til oksygeninnholdet i blodet.

På en eller annen måte, med hjelp av S og en annen sykepleier og med en stor kraftanstrengelse kommer jeg meg opp på sengekanten. Der sitter jeg, det svimler og jeg bøyer meg og kaster et blikk ned på beina mine som dingle ned fra sengekanten. Sjokkert observerer jeg to avmagrede bein og hvor all muskelmasse synes rent bort. Min yngste datter står også ved siden av meg og jeg utbryter i lett fortvilelse; «Hvor er beina mine blitt av, hvor er musklene, hvor er leggene mine?» Hun utbryter da med en replikk som rommet alt: «Slapp av pappa, du har jo fått ballettdanserbein!» Og det var akkurat det jeg hadde. Det viste seg at i løpet av to døgn etter reoperasjonen hadde jeg rast ca. 12,5 kg ned i vekt. Jeg satt der som en ribbet spurv, en «fugleunge», og følte en blanding av fortvilelse, men også heldigvis med en anelse selvironi og sarkasme inntatt om egen situasjon.

Footbadet blir gjennomført og gir en følelse av velvære. Det skummenne varme vannet og massasjen av føttene gir liv til og en kontakt med egen kropp som i tillegg til å være godt der og da også får betydning for meg i framtiden når jeg skal forstå og bearbeide mine opplevelser fra denne perioden. Akkurat denne episoden, stellet som det inngikk i og med den påfølgende barbering står for meg som nesten paradigmatisk situasjoner i min erindring fra intensivperioden. Fremdeles lar jeg meg berøre når jeg tenker tilbake til og snakker om dette. Jeg har reflektert mye om hva det var ved denne situasjonen, footbadet som ble så viktig for meg?

Å få vasket føttene av andre har noe arketypisk ved seg. Det kan gi religiøse assosiasjoner til bibelhistorien, til Jesus som vasket disiplenes føtter. Men det er ikke det viktigste her for meg. Jeg tenker at fotvasken, footbadet står som et tydelig symbol på og virkeliggjøring av praktisk omsorg. Nærmest et urbilde på omsorg. Pleieren som bøyer seg ned og vasker den sykes føtter, mine føtter; det er et bilde på det ypperste i sykepleierens omsorg for den syke og for meg i sitter det som spikret i erindringen som noe godt, noe som skapte øyeblikk av velvære i en situasjon som ellers var kritisk, uforutsigbar og ytterst belastende.

EN TESKJE VANILJEIS. Jeg har tidligere beskrevet den intense tørsten som kanskje den verste og mest belastende opplevelsen jeg hadde i forbindelse med mitt opphold på intensiv. Samtidig har jeg fortalt om hvordan sykepleierne forholdt seg til og stelte min kropp som den viktigste livsoppretholdende aktiviteten. Her står footbadet som sykepleier S utførte som en av de hendelsene jeg husker best og som for meg fikk størst betydning.

Også en annen sykepleier og en hendelse står for meg som særdeles viktig. Det var sykepleier M, S sin rake motsetning. M var som en virvelvind, over alt, til dels høyrøstet og humørfyllt, men samtidig dyktig, sikker og oppmerksom som sykepleier. En hendelse, en liten opplevelse, husker jeg spesielt. Den kan synes ubetydelig, men for meg der og da, og også senere, står den spikret i minnet, nettopp kanskje ved at den brøt monotonien og rekken av plager, ved å installere et øyeblikk av plutselig nytelse.

Det var feiring på avdelingen. Jeg hørte stemmer, latter og min eldste datter var samtidig på besøk. Jeg var ekstubert og lå og prøvde å slappe av mens tørsten herjet like intenst. Da plutselig kommer sykepleier M, ber meg lukke opp munnen og stikker en liten teskje vaniljeis i munnen min. Aldri tror jeg noe har smakt så godt, kjølig, svalende, og jeg nyter en intens vaniljesmak. Vi ler og jeg tar inn hele



situasjonen som skapte et brudd i forhold til plager og monotoni som var fantastisk der og da. Mer skal det ikke til, tenker jeg, enn en teskje vaniljeis når det kommer i den rette stunden og på den rette måten.

Begge disse eksemplene knyttes til tilsynelatende trivielle aktiviteter og enkle hendelser hadde for meg avgjørende betydning og står fram som framtrepende eksempler på empati og omsorg.

EN SPESIELL BESLUTTSSOMHET.

Den fjerde dagen på intensiv, om kvelden hadde min kone og jeg en spesiell samtale. Jeg var sliten og plaget, men samtidig klar og konsentrert. Vi var alene og det var rolig og stille på avdelingen. Jeg snakket om alle menneskene og alt som hadde betydd mye for meg i livet til nå, de viktige og nære stundene i dagliglivet som var det vesentlige. Nærværet og samværet med familie, barn og barnebarn. Samtidig kom jeg inn på at jeg nå var ved en grense hvor jeg opplevde at nok var nok.

Jeg var bestemt på det at dersom komplikasjoner skulle oppstå som gjorde at jeg måtte gjennom en ny operasjon i magen, så ville jeg ikke mer. Jeg sa det slik at da måtte de/dere «la meg gå», og det var min helt bestemte og faste beslutning.

I ettertid har vi snakket om at jeg var overbevist og besluttsom, hun medgir at hun aldri har sett meg så bestemt. Jeg var ikke redd for å dø, men så døden som en grense jeg ville passere og som jeg ville møte som min egen beslutning. Denne situasjonen har brent seg fast, og den har gjort noe med mitt forhold til døden. Det at jeg der og da og uten frykt hadde en slik besluttsomhet og hvor jeg forlangte å bli tatt på alvor og bli lyttet til.

Ja, den har ikke bare gjort noe med mitt forhold til døden, men også med mitt syn på det å skulle selv være den som endelig fatter beslutningen om eget liv, om død, om egen skjebne. Det at ingen andre enn meg selv skal få bestemme over min kropp og mitt liv. Der og da var jeg bestemt på det, og jeg kan ennå kjenne på denne besluttsomheten, som har gjort noe med mitt syn på

selvbestemt livsavslutning; at det i enkelte situasjoner kan være riktig at pasientens beslutning blir avgjørende og blir lyttet til, forutsatt at han er beslutningskompetent.

Jeg ønsker ikke med dette å skjønne noe og absolutt ikke døden. Jeg elsker livet, men i denne situasjon var jeg ved en grense hvor jeg ikke ville og heller ikke orket å utsette meg selv for mer kirurgi og behandling. Metningspunktet var nådd. Det var lidelsen og plagene, ja hele opplevelsen av situasjonen som nok skapte denne besluttsomheten.

Hva var denne besluttsomheten og overbevisningen om at dette måtte jeg selv bestemme? Var jeg beslutningskompetent, eller var jeg etter alt jeg hadde gjennomgått, i en traumatisk krise som hadde redusert min evne til å fatte rasjonelle beslutninger? Etter egen oppfatning var jeg klar og beslutningskompetent i disse situasjonene. Selv om jeg hadde vært gjennom store påkjenninger, og kan sies å være i en krise, opplevde jeg ikke min besluttsomhet som et resultat av en krisereaksjon.

EN DØENDES RETT. I boken «Om-tanke» (Nortvedt 2012) diskuteres spørsmål knyttet til helsepersonellens hjelpeplikt og pasientens samtykkekompetanse. Det påpekes at norsk rett kan se ut til å begrense pasienters autonomi ved at det stadfestes i helsepersonellovens §7 at nødvendig helsehjelp skal gis selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen og selv om han er samtykkekompetent. I min situasjon vil dette bety at jeg sannsynlig ville blitt overstyrt og operert mot min vilje. Imidlertid er det en passus i pasientrettighetsloven § 4-9 som fastslår at en døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling.

Det framkommer også i Nortvedts kommentar til loven at det er problematisk at voksne pasienter som er samtykkekompetente ikke skal kunne ha mulighet til å nekte medisinsk behandling. Han påpeker videre at det å være døende også er knyttet til alvorlighetsgraden av sykdommen og den mulige effekten av medisinsk behandling, og framhever at fra et etisk ståsted er det problematisk å

tvunge livreddende behandling på beslutningskompetente og informerte pasienter mot deres vilje. Det er også problematisk at helsepersonellens, og i denne instans legens faglige autonomi, er overordnet pasientens selvbestemmelsesrett.

Dette er tydeligvis en gråsonen innenfor dagens legeetikk og berører spørsmål som er tolkbare, men hvor det er grunn til å tro at paternalistiske holdninger er rådende. Likevel er det interessant at loven gir åpninger og framtiden vil sannsynlig tvinge fram endring av etablerte holdninger og muligens også praksis innenfor disse områdene. Uansett for min del, er det nå mitt syn

at pasientens autonomi og beslutende myndighet over egen kropp og skjebne skal lyttes til og eventuelt være avgjørende, forutsatt at evne til samtykkekompetanse vurderes å være tilstede.

Det kan diskuteres om livet selv har en større og absolutt verdi, en verdi som overskrider individets rett til bestemmelse over verdien av eget liv. At livet slik sett har en absolutt verdi gjenfinnes i kristen etikk og framheves av teologen Løgstrup ut fra det syn at livet er skjenket den enkelte som en gave (Løgstrup 1955).

Spørsmålet som kan stilles, og jeg vil stille det; hva er det ved livet som overgår døden også når døden er ønsket av beslutningskompetente personer? Er ikke dette en uholdbar tilsettings av individets rettigheter og mulighet til selv å bestemme over eget liv og skjebne? Når livet først er gitt som en gave bør kanskje også døden gis som en presumtiv mulighet, når det er pasientens overveide og rasjonelle beslutning? Det kan være med bakgrunn i at han er plaget, medtatt og syk, samt at nye inngrep og invasiv kirurgi eller annen behandling er høyst usikker og vil medføre sannsynlige store lidelser i tillegg.

Dette er vanskelige spørsmål, men de må diskuteres.

LYS OG MØRKE, LIV OG DØD. Hva er liv og hva er død? Hva er lys og hva er mørke? Og hva er forbindelsen

«Kanskje mørket er vårt egentlige hjem?»



Lindring: Når plagene var for sterke, innebar mørket lindring. «Jeg var ikke redd, men lengtet faktisk etter mørket», skriver Finn Nortvedt. Foto: Marit Fonn

mellom liv og død og lys og mørke; er det noen forbindelse? Dette er tanker jeg gjør meg etter å ha vært kritisk syk og opplevd narkose og det altomsluttende mørket som medfølger. Hva var det ved dette mørket? Og hva er det mørket gir som lyset ikke gir? Er mørket noe mer enn fravær av lys? Kanskje mørket er vårt egentlige hjem, vårt tilholdssted, det vi lengter mot og skal tilbake til som billedkunstneren Ida Lorentsen uttrykte det i et intervju i radiofront på P2 en søndag i januar 2013. Ida Lorentsen maler bilder hvor skildringer av lys og mørke er framtreddende.

For meg framstår dette mørket i ettertid som noe annet, noe som overskrider narkosemørket. Det er akkurat som jeg kan fornemme det som om det hadde en form, noe jeg

var omsluttet av og som var fredfylt og godt. For meg innebar dermed mørket lindring! Og jeg var ikke redd, men lengtet faktisk etter dette mørket i perioden jeg var intensivpatient og plagene var for sterke. Mørket framstod ikke som noe fremmed og truende, men som noe som «tok meg bort» og ga meg fred. Det er var for meg et mørke som det ikke var noen grunn til å frykte.

Og kanskje er det slik at når døden er en mulighet, om ikke en realitet, så reduseres også redselen for den? Sånn opplevde jeg det i denne perioden, mens jeg samtidig kjempet for å overleve. Så kom angsten senere i forløpet når jeg var ute av den akutte krisen og skulle normalisere tilværelsen igjen. Da begynte kanskje den tyngste kampen, hvor bare det å spise en halv skive brød, eller å gå

tre skritt i en trapp, medførte en anstrengelse som krevde alt av motivasjon og egenvilje. Å ta dagliglivet tilbake igjen var det tyngste i denne perioden, men her var sykepleierne på sengeposten avgjørende pådrivere som ikke på noe tidspunkt lot meg få lov til å gi opp.

TRE ÅR ETTER. Så hva nå – tre år etter. Jeg er i live og i full jobb. Og jobben er også min beste form for rehabilitering. Livet er samtidig ikke som det er før. Jeg har noen plager, fordi alle påkjennningene førte til at en latent Parkinson sykdom ble aksentuert og blomstret opp. Likevel lever jeg et godt liv, et helt liv. Takket være god medisinsk behandling, men også ikke minst god sykepleie.

Det snakkes ofte om at medisinsk

behandling redder liv. Og moderne kirurgi er fantastisk, som i mitt tilfelle det å lage en ny urinblære av 55 cm tarm og få det til å fungere. Likevel – uten sykepleien hadde jeg ikke overlevd, det er min overbevisning. Og for det vil jeg alltid være takknemlig. ●

REFERANSER:

- Elstad, I. (2014). Sjukepleieterknning. Gyldendal Akademisk Forlag, Oslo.
- Gjengedal, E. (1994). Understanding a world of critical illness. Department of Public health and Primary health care. Division of Nursing Science. UIB 1994.
- Løgstrup K.E. (1955). Den etiske fordring.
- Nortvedt, F. (2008). Kroppsphenomenologisk forskning: i grenselandet mellom empiri og filosofi. Vård i Norden, 28 (3), 53-55
- Nortvedt, P. (2012). Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Merleau – Ponty, M. (1962/2000) Phenomenology of perception. Routledge & Kegan Paul Ltd. Great Britain.



FORELDRE ER IKKE EKSPERTER

DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0159

Myte. Det er ingen forskning som kan bekrefte at foreldrene alltid vet best om egne barn.



Hilde Egge,
høyskolelektor
Helsesøster-
utdanningen,
Høyskolen
Diakonova.

Det er nærmest blitt et mantra blant oss helsesøstre at foreldre er eksperter på egne barn. Det er i en slik grad akseptert som sannhet at det stadig får lov å bli framsatt som påstand i litteraturen for helsesøstre, uten noen form for referanser.

MYTE. Vi må få tatt kvelertak på denne styrende ideologien, og det må vi gjøre i utdannelsen. Vi ser nemlig at studenter adopterer myten, oppfatter utsagnet som en sannhet, og bruker det ureflektert i sine oppgaver og eksamener.

Så vidt meg bekjent er det ingen oppsummert forskning som bekrefter at foreldre er eksperter på egne barn. En ekspert er, ifølge Wikipedia, en person som konsistent presterer eksepsjonelt innenfor et bestemt område. Ordrett si-tert kreves det daglig og intens øvelse innenfor et spesifikt område i minimum ti år for å bli ekspert. Ifølge denne definisjonen kan ikke foreldre være eksperter på sine barn før barna er blitt ti år, og med mindre de jobber med barn i det daglige, er de heller ikke eksperter på barn generelt.

Nå da 80 prosent av andel barn 1–2 år og 90 % av andel barn 1–5 år (SSB 2013) går i barnehagen, er barnehagepersonalet mer sammen med barna i våken

tilstand enn foreldrene i løpet av en uke. De har større mulighet til å observere barnet i flere ulike situasjoner enn foreldrene, og vil dermed være nærmere å kunne defineres som eksperter på barnet enn foreldrene. Som foreldre kan vi etter en tid bli eksperter på hvordan barna våre vil te seg i de sammenhenger hvor vi opptrer sammen, mens andre voksne vil ha en større kunnskap om hvordan barna oppfører seg utenfor hjemmet, i barnehage, på skole og på fritidsaktiviteter.

VEILEDER. Da empowermentbegrepet og brukermedvirkningen gjorde sitt inntog, endret helsesøsterrollen seg gradvis fra å være ekspert og rådgiver til å bli veileder. Det ble viktig å la brukeren identifisere sine behov, og ta utgangspunkt i dette. Foreldrene var nå de som satt på ekspertisen, vi skulle bare være hjelpelige med å lokke den fram.

Vi går altså ut ifra at foreldrene har stor kjennskap til og kunnskap om barnet sitt. Vi går også ut ifra at foreldre ønsker det beste for barnet sitt, men hvis dette var hele sannheten, hvorfor er det da så mange barnevernssaker, så mange barn og unge med psykiske vansker, psykososiale problemer, mistriksel, selvskading, spiseforstyrrelser, skolefravær,

barnedrap, og så videre?

TO VERDNER. Hvem sitter med foreldrekompentansen etter et samlivsbrudd? Er det far eller mor? Helle Myrvik ved Modum Bad, forteller i sine "Tanker fra et voksent skilsmissebarn" fra boka Fortsatt foreldre, at fra hun var tre år fikk hun delt sin verden i en mamma-verden og en pappa-verden. Disse to verdenene var veldig forskjellige, med to helt atskilte sett med regler og koder for oppførsel, påkledning, leggetider og middagsmenyer. Hun hadde ulike roller og funksjoner i sine to verdener, og ble møtt med ulike forventninger om oppførsel og framtoning. Var det mamma eller pappa som var eksperten på Helles behov?

Nå er det også utenforliggende årsaker til at barn og unge har det vanskelig, men vi kan spørre: Er foreldrene de første til å oppdage at barnet blir mobbet, mistrikses på skolen, skulker skolen, sli-ter med dårlig selvbilde, utvikler en spiseforstyrrelse, røyker hasj og så videre?

EGEN BAGASJE. I hvilken grad er foreldre i stand til komme i kontakt med og forstå barnets følelser? Alle foreldre har en bagasje med seg fra sin egen oppvekst. Det er lett å tolke egne barn ut ifra egne erfaringer, tanker og følelser.

«Foreldre vil ha ulik motivasjon for foreldre-rolle.»

Barnet er imidlertid en kryssning av både mor og far, og det utvikler seg og gjør seg sine egne erfaringer på bakgrunn av både arv og miljø. "Jeg tror ingen foreldre kjenner sine barns innerste tanker og følelser" sa Otto Frank etter å ha lest sin datters, Anne Franks dagbok.

Helsesøstre blir gjennom sin utdanning og påfølgende erfaring eksperter på barn generelt. Helsesøstre har kunnskap om barns psykiske og fysiske utvikling, atferd, oppdragelse og oppvekstsvilkår. Vi har sett et stort antall barn, og sitter dermed på et sammenlikningsgrunnlag for å kunne fange opp det som er "unormalt" og må vurderes for en eventuell ekstra oppfølging.

Vi kan ikke forvente at foreldre skal besitte denne kompetansen. Vi kan ikke sitte på helsestasjonen og ha som utgangspunkt at foreldre til enhver tid vet best. Hvordan kan de det når de aldri har holdt et spedbarn i armene før? Når alt barnet gjør er den første erfaringen for foreldrene? Når nye søsken opptrer forskjellig fra tidligere barn? Når vi vet at mange bærer med seg tung bagasje fra egen oppvekst?

ULIK FORSTÅELSE. Foreldre vil ha ulik motivasjon for foreldrerollen, gjerne avhengig av hvor planlagt og ønsket barnet er. De vil ha ulikt talent for foreldrerollen, avhengig av egne oppvekstforhold og rollemodeller, og de vil ha ulik forståelse for foreldrerollen. Å hevde at foreldre er eksperter på sine barn blir på bakgrunn av dette en altfor lettvinnet og enkel slutning.

Å tro at foreldre er eksperter kan føre til at vi ikke får satt inn rett tiltak til rett tid. Vi kan stå i fare for ikke å fange opp de barna som er i ferd med å utvikle sykdom, blir utsatt for mishandling, eller ikke blir godt nok ivare tatt. Min påstand er at pendelen har svingt for langt i motsatt retning av ekspertrollen, og at vi er blitt så redde for å fremstå som eksperter at vi ikke tør å gjøre de



Foreldre vil ha ulik motivasjon og talent for foreldrerollen, avhengig av egne oppvekstforhold og rollemodeller. Foto: Colourbox

"overgrep" som er nødvendige for å ivareta barnet. Å bevare troen på foreldrenes mestringskompetanse går foran hensynet til barnet. Vi går heller i årevis og kjenner på den ekle magefølelsen enn å melde til barnevernet og risikere tillitsbrudd, miste kontakten med familien, og sitte igjen med en følelse av å ha mislyktes. Ofte får vi heller ikke vite om meldingen faktisk ble til hjelp for barnet.

SAMSPILL. Istedenfor å ta for gitt at foreldre er eksperter på sine barn, kan vi som helsesøstre oppfordre foreldre til å være

nysgjerrige på barnet sitt, observere dets handlingsmønstre i ulike situasjoner, og gjøre seg kjent med hvem barnet egentlig er. Om de uroer seg for barnet sitt, skal vi ta dem på alvor. Samtidig skal vi, med vår generelle kompetanse og ved egen observasjon, vurdere om dette ser ut til å være et barn i normal utvikling med et godt samspill med sine foreldre. Vi kan videre bidra til å styrke foreldrene i sin rolle ved å trygge dem på at godt foreldreskap ikke krever noen form for ekspertise, kun masse kjærlighet i form av nærhet, øyekontakt, konsentrert oppmerksomhet over tid og

grensesetting. Helsesøsters formidling om betydningen av samspill og tilknytning vil kunne være nyttig for mange barn og foreldre.

Ekspertise på barn finnes det utdanninger for, foreldreskap krever ingen utdanning, sertifisering eller erfaring, og da kan vi heller ikke se på foreldrene som eksperter. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Informasjonssikkerhet. SMS, e-post og mobiltelefonen truer taushetsplikten.

Gir muligheter, men utfordrer sikkerheten



Fakta

Elin Albrigtsen

Medlem av Rådet for sykepleieetikk og enhetsleder ved Rehabiliterings-tjenesten i Tromsø kommune

Det er mer og mer vanlig å kommunisere via SMS og e-post. For mange er dette fremskritt som gjør hverdagen enklere. Pasient og pårørende ønsker å kommunisere effektivt med helsetjenesten, og sykepleierne bruker sin egen mobiltelefon til blant annet å lese i den elektroniske Felleskatalogen, da det forenkler arbeidet på medisinerrommet.

Elektronisk kommunikasjon og internett har gjort mange ting enklere for både pasienter og helsepersonell, og mange av portalene er fremskritt som gjør at informasjon kommer raskere frem og blir mer presis. Dessverre hender det også at informasjon som knytter en person til en helsetjeneste eller behandling, blir tilgjengelig for uvedkommende. Noen minutter etter at det er knipset et bilde, kan det gjenfinnes på Facebook. Dette aktualiserer og utfordrer taushetsplikten.

TAR BILDER. Rådet for sykepleieetikk har fått flere saker der taushetsplikten har vært problematisert når helsepersonell eller sykepleiestudenter har tatt bilder av pasientsituasjoner med mobiltelefon. Det kan handle om å dokumentere et sår i et behandlingsforløp for å se om behandlingen virker, eller det kan være tenkt brukt i læringsøyemed. Der og da kan det virke uskylldig, men også slike bilder kan havne på avveier. Det har hendt at pasienter utilsiktet har kommet med på bilder fra situasjoner i avdelingen, og dessverre er mange ukritiske rundt hva som leg-

fremkommer informasjon som kan knytte en pasient til behandling. Det kan handle om nye opplysninger om helsesituasjonen, noe som er glemt, noe de ønsker å endre, noe som er gjort for dårlig eller noe de vil takke for.

Selv om pasientens navn ikke alltid ligger åpent, kan e-postadressen i seg selv være nok til å identifisere pasienten. I et av tilfellene var det en pårørende som i sterke ordelag refset tjenesten. Her kom det frem detaljer om datterens situasjon og tjenestetilbudet hennes. I ettertid har jeg forstått at i det øyeblikket jeg svarte på e-posten sto jeg i fare for å bryte taushetsplikten. Der og da opplevdes e-post som en effektiv måte å kommunisere på. Det problematiske er den korte veien det er mellom det som skrives og spredningen av det. E-posten kunne havne feil, den kunne bli videresendt, uvedkommende kunne hacke den eller noe kunne havnet på sosiale medier. Jeg har også tenkt på risikoen jeg løper ved at mitt svar kan bli videreformidlet med et lite tastetrykk. Det jeg svarer kan bli publisert videre, tas ut av sammenhengen, vris og vrenses på eller utsettes for kritikk.

EN BALANSEGAN. På den ene siden skal jeg som helsepersonell «hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» (Helsepersonelloven §21). Også Yrkesetiske retningslinjer (YER) pkt. 2.6 – «Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger» og pkt. 2.8 – «Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling» kommer til anvendelse i slike situasjoner.

På den andre siden kan jeg lett bli oppfattet som avvisende eller vanskelig hvis taushetsplikten anvendes for strengt. Utviklingen til moderne kommunikasjonsformer har gått fort, og de fleste opplever dette som store fremskritt som forenkler samhandlingen, også i helsetjenesten. Det hender at helsepersonell får forespørsel om å være venn med en pasient eller pårørende på Facebook, og mange spør seg nok om hvor grensen går. YER pkt. 3.3. «Sykepleieren samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet», og dette punktet tydeliggjør sykepleierens ansvar for god kommunikasjon også med

«Både helsepersonell og pårørende kan utilsiktet komme til å røpe pasienter og taushetsbelagte forhold.»

ges ut på Facebook. Både helsepersonell og pårørende kan utilsiktet komme til å røpe pasienter og taushetsbelagte forhold.

E-POST ER LETT Å SPRE. Som leder i en kommunal helsetjeneste, mottar jeg ofte henvendelser på e-post. Den som sender henvendelsen forventer svar ganske umiddelbart, og jeg må ofte ta meg i akt for ikke å svare eller videresende e-poster der det

pårørende. Jeg kan løse utfordringen ved ikke å besvare den opprinnelige e-posten, men heller opprette en ny e-post der jeg besvarer og samtidig informerer om begrensningene.

NORM FOR SIKKERHET. Helsedirektoratet har vært med i utviklingen av en veileder som omhandler dette temaet: «Personvern og informasjonssikkerhet i kontakten med pasient/bruker. En veileder i bruk av portalløsninger, SMS og e-post» (www.normen.no). I veilederen beskrives hvilke løsninger som kan brukes og til hva. Veilederen anbefaler at e-post benyttes med varsomhet til kommunikasjon mellom virksomheten og pasienten. SMS kan fungere til å gi enkle beskjeder som timeavtaler, men også her må helsepersonellet være våken slik at avdelingsnavnet (f.eks. gynekologisk avdeling) ikke fremkommer da det kan knyttes til diagnose eller helseforhold. Før slike løsninger tas i bruk skal det innhentes skriftlig samtykke fra pasienten. Samtykket skal være informert, uttrykkelig og frivillig, og pasienten må informeres om at sensitive personopplysninger eller helseopplysninger ikke kan sendes via SMS eller på mail. Her skal også gjennomføres risikovurdering før elektroniske løsninger og portaler tas i bruk.

Det er virksomheten som har ansvar for å utarbeide prosedyrer og rutiner som ivaretar disse kravene, og både ledere og sykepleiere har et stort ansvar når elektroniske løsninger tas i bruk. Helsepersonell bruker disse elektroniske løsningene hver dag, og vi utveksler daglig informasjon om pasienter via elektroniske portaler på helsenettet der meldingene er kryptert. Vi har fått løsninger som gjør fjernkonsultasjon mulig der både kamera og nettbrett er i bruk. Det er også utviklet flere løsninger der pasient og helsepersonell kan kommunisere, og alle disse er tidsaktuelle løsninger som oppleves trygge å bruke.

Det er viktig at pasienter, pårørende og samfunnet har grunnleggende tillit til sykepleierne og lederne av helsetjenesten, og derfor bør vi reflektere over hvordan vi som helsepersonell kan hindre uvettig bruk av SMS, e-post og mobiltelefonens kamera. Vi må innhente de nødvendige samtykkene i de tilfellene det er ønskelig, og sikre den fornuftige bruken til pasientens og helse-tjenestens beste. ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



MINDRE SMERTER ETTER NYREDONASJON

Nyre. Etter innføring av nytt smerteregime rapporterte levende givere av nyre liten grad av smerteintensitet ved utreise og ti uker etter operasjon.

KVALITETSSIKRINGSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
60% praksis
40% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0157



Tone Karine Vidnes
sykepleier og master



Fanny Bruserud
enhetsleder og klinisk spesialist



Marit Helen Andersen
sykepleier og forsker

I Norge utføres det om lag 300 nyretransplantasjoner, alle ved Oslo universitetssykehus (OUS) Rikshospitalet. Hele 35 prosent av disse blir gjennomført med nyre fra levende giver (LD). Uttak av nyre kan skje både ved åpen- og laparoskopisk kirurgi. Laparoskopisk uttak innebærer bruk av to porter via et operasjonssnitt på 5–7 centimeter (1,2). En større evalueringssstudie av laparoskopisk versus åpen teknikk ved uttak av nyre fra levende giver ble avsluttet ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Rikshospitalet, i 2008. Dette resulterte i at fra januar 2009 er det kun utført laparoskopisk uttak ved operasjon av levende givere (3).

SMERTEFULLT. En oversiktsartikkel fra 2012 dokumenterte at uttak av nyre ved donasjon er smertefullt i den postoperative fasen (4). Videre viser forskning at pasienter operert med åpent uttak av nyre rapporterte mer postoperative smerter sammenliknet med dem som gjennomgikk laparoskopisk kirurgi (5–9). Imidlertid var vår erfaring ved klinikken at pasienter som gjennomgikk laparoskopisk uttak var mer plaget av kvalme og obstipasjon postoperativt, muligens på grunn av bivirkninger av standard postoperativ smertelindring. Disse pasientene fikk smertelindring ut

fra følgende regime: Intravenøs ketobemidon 1 mg/ml, inntil 8 mg per time (patient-controlled analgesia; PCA) de første tre dagene, i tillegg til paracetamol 1 g x 4 per os. Ved seponering av PCA ble det gitt langtids- og korttidsvirkene oxycodon per os. Mengden varierte ut fra individuelle behov. Med ønske om å redusere mulige medikamentbivirkninger og sykkelighet hos givene, som i utgangspunktet er friske personer, startet vi et kvalitetsforbedringsprosjekt høsten 2012. Målet var å prøve ut et alternativt smerteregime per os for å redusere medikamentbivirkninger.

Hensikten med artikkelen er å beskrive erfaringer med nytt postoperativt smerteregime til levende givere av nyre. Selv om våre erfaringer er knyttet til en bestemt pasientgruppe tror vi disse er relevante for alle som er opptatt av generell postoperativ smertelindring.

NYTT REGIME. På bakgrunn av forskning og klinisk erfaring ble følgende smerteregime testet ut:

- Langtidsvirkende oxycodon 10–15 mg per os x 2 dag 0–4.
- ketorolac 30 mg iv x 3 dag 0 og 1.
- diklofenak 50 mg x 3 per os dag 2 til utskrivelse.
- paracetamol 1 g x 4 dag 0 til utskrivelse, dersom normale leverprøver.

I tillegg til det nye regimet kunne

pasientene ved behov få:

- Korttidsvirkende oksykodone 5 mg po inntil x 6.
- ketomebidon 1–5 mg iv første postoperative døgn hvis behov for rask smertelindring utenom regimet.
- Ved utreise:
- diklofenak 50 mg po ved behov inntil x 3.
- paracetamol 0,5 g po ved behov inntil x 4.
- Eventuelt, hvis fortsatt behov for opiat som smertestillende: paracetamol-kodein 1–2 tabletter po ved behov inntil x 3, men da ikke paracetamol ved siden av.

Individuelle justeringer ble gjort dersom pasientene enten hadde behov for ytterligere smertelindring eller opplevde å ha mange bivirkninger av det nye regimet. Imidlertid gjaldt dette få pasienter.

I forbindelse med endring av kirurgisk teknikk ble også anestesi-form endret, fra gassbasert til total intravenøs anestesi med propofol og remifentanyl. I slutten av inngrepet får pasientene som standard multimodal smertelindring for å forebygge postoperative smerter, i form av fentanyl, paracetamol, fortectin og toradol.

METODE. Vi valgte å la pasientene besvare spørreskjema for å få data om deres opplevelse av smerteintensitet, kvalme og obstipasjon.

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Nytt smertestillende regime ved laparoskopisk uttak av nyre hos levende givere ser ut til å gi god smertelindring og samtidig redusere bivirkninger. Vårt prosjekt antyder at pasientene opplever tilfredsstillende smertelindring ved et mindre intensivt smerteregime. Et enklere regime reduserer medikamentbivirkninger og ubehag. Selv om våre erfaringer er knyttet til en spesiell pasientgruppe tror vi de har relevans for generell postoperativ smertelindring.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Donor
- Nyre
- Smerte
- Kvalme

Smerteskåringsinstrumentet NRS (numeric rating scale) ble brukt for å kartlegge smerteintensitet, en 11 poengs skala hvor pasienten verbalt eller med tall fra 0 til 10 kan vurdere sin opplevelse av smerte. 0 representerer ingen smerte og 10 verst tenkelig smerte (10). For å kartlegge kvalme og obstipasjon ble det brukt spørsmål med gradering fra 1 (ingen problemer) til 4 (problemer i stor grad). For eksempel: «Har du opplevd problemer med kvalme etter denne operasjonen?»

- 1 = Ingen problemer
- 2 = Litt problemer
- 3 = En del problemer
- 4 = Problemer i stor grad

Pasientene besvarte spørreskjema ved utreise, og deretter ti uker etter inngrepet. Ved utreise besvarte pasientene spørsmål om smerter, kvalme og obstipasjon. Ti uker etter operasjonen besvarte de spørsmål som omhandlet smerter og kvalme. Prosjektet ble godkjent av Intern godkjenning/Personvernet ved OUS og deltakelse var basert på prinsippet om informert samtykke.

Totalt 61 pasienter sa seg villig til å delta, men av ulike grunner (allergi, administrering av postoperativ PCA, og administrative årsaker) ble seks pasienter ekskludert fra prosjektet. Dermed var det 55 pasienter som besvarte spørreskjemaet; 21 menn og 34 kvinner i alderen 25–69 år.

RESULTAT. I det følgende presenteres først funn ved utreisetidspunkt og deretter ti uker etter operasjon.

Ved utreise: En tredjedel av pasientene rapporterte at de ikke lenger hadde smerter etter operasjonen. Av pasientene som oppga smerter viste data at 78 prosent av pasientene lå på NRS 3 eller lavere. Den høyeste NRS som ble rapportert var på NRS 6, det gjaldt tre pasienter. Flertallet av pasientene brukte smertestillende medikamenter ved utreise.

Av de pasientene som hadde smerter ved hjemreise rapporterte de fleste å ha smerter ved aktivitet. En del hadde smerter både ved

aktivitet og hvile, mens det var kun noen få som hadde smerter i hvile.

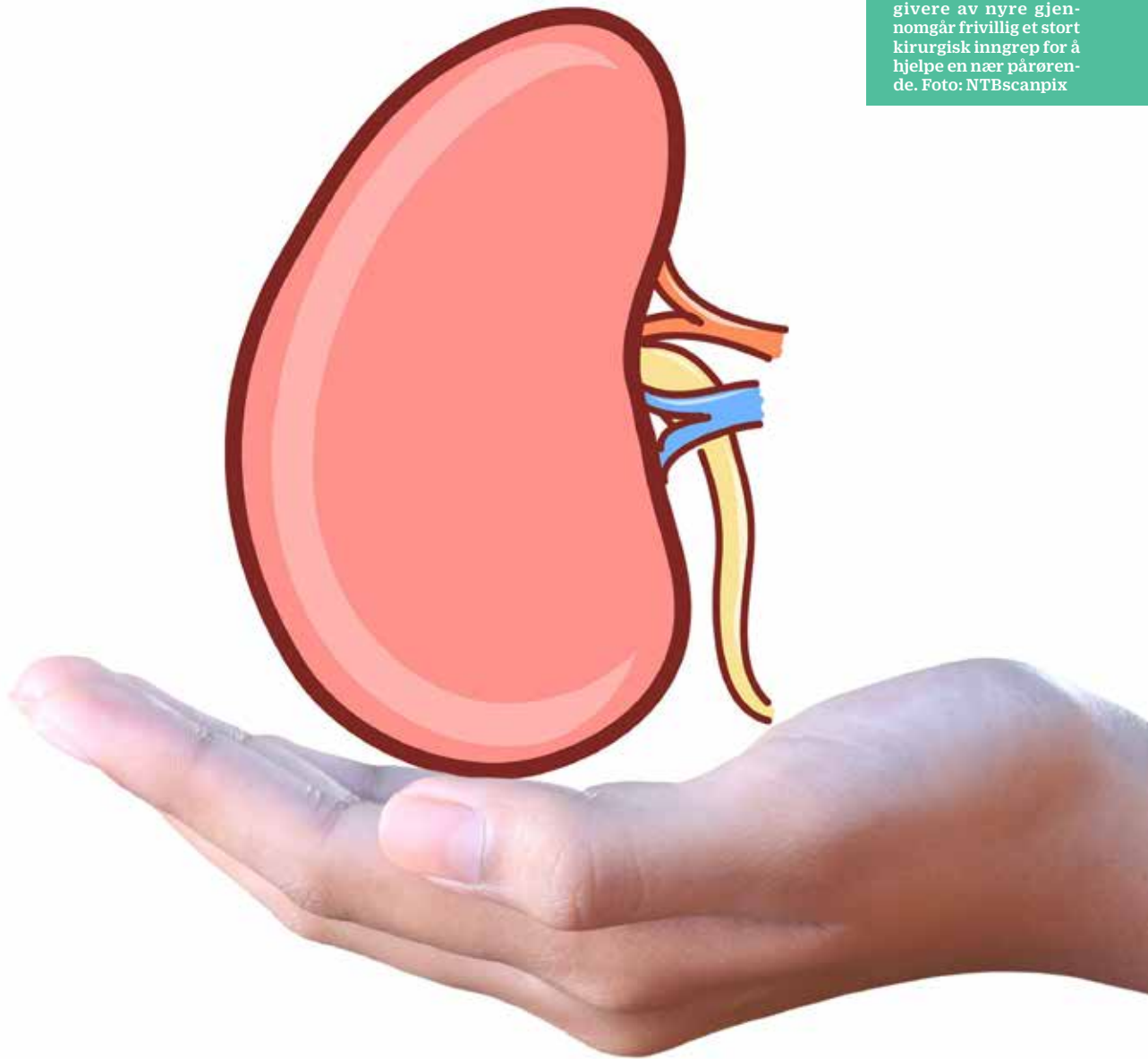
To pasienter uttrykte at de hadde hatt en del problemer med kvalme før operasjonen. Noen oppga at de ble lett bilsyke, mens 47 pasienter (85 prosent) ikke hadde opplevd kvalmeproblemer før operasjonen. Etter operasjonen derimot, hadde rundt en tredjedel opplevd litt problemer med kvalme; 13 prosent hadde opplevd en del problemer og 9 prosent hadde opplevd problemer i stor grad. Mange av pasientene oppga at de var kvalme en

til tre dager postoperativt og et fåtall oppga at de var kvalme mer enn fem dager.

Kun to pasienter hadde problemer med forstoppelse før operasjonen og en av disse rapporterte å ha brukt avføringsmidler månedlig. Postoperativt rapporterte en fjerdedel obstipasjonsproblemer. For de fleste av disse oppsto problemene to–tre dager etter inngrepet. Luftsmerter og kvalme ble rapportert som de mest plagsomme symptomene i forbindelse med obstipasjon.

Ti uker postoperativt: Totalt 47 pasienter besvarte det postoperative spørreskjemaet ti uker etter operasjonen, tilsvarende svarprosent på 85 prosent. Nesten alle pasientene oppga at de ikke hadde brukt smertestillende siste døgn. Totalt 26 prosent av pasientene opplevde fortsatt å ha smerter, men de fleste anga en NRS på 4 eller lavere. Tre pasienter rapporterte at de hadde smerter ved aktivitet og tre pasienter oppga smerter både ved aktivitet og i ro. Ingen pasienter

Unik gave: Levende givere av nyre gjenomgår frivillig et stort kirurgisk inngrep for å hjelpe en nær pårørende. Foto: NTBscanpix





hadde brukt smertestillende daglig siste uken.

Ti uker etter inngrepet var det fortsatt noen som opplevde kvalmeproblemer. En tredjedel av disse rapporterte litt problemer med kvalme, fra en til fem dager etter operasjon, mens 5 pasienter oppga at de hadde opplevd kvalme fra 7–30 dager postoperativt.

DISKUSJON. Levende givere av nyre er en unik pasientgruppe som frivillig gjennomgår et stort kirurgisk inngrep for å hjelpe en nær pårørende (11,12). Som givere får de gjerne en dobbeltrolle, de inntar pasientrollen samtidig som de tett følger opp den som er mottaker av nyren. Disse faktorene påvirker trolig både den pre- og postoperative fasen (ibid.).

Våre funn viste at pasientene rapporterte liten grad av smerteintensitet både ved utreise og ti uker postoperativt. Av de pasientene som opplevde smerter ved utreise rapporterte de fleste NRS 4, eller lavere. Noen få pasienter opplevde også at de var smertefrie ved utreise.

Et mindretall hadde vært plaget av kvalme og obstipasjon i ulik grad, og flertallet av disse rapporterte at problemene startet dag to til tre. Da normal tregghet i tarmfunksjon etter bukkirurgi gjerne varer opp til 72 timer (13) er det viktig å igangsette forebyggende tiltak.

Etter ti uker var det fortsatt mange som rapporterte NRS 3 eller lavere på smerteskalaen. På dette tidspunktet var det derimot ingen av pasientene som hadde brukt smertestillende daglig siste uken. Kun en pasient oppga å ha brukt smertestillende siste døgn før besvarelse av spørreskjema. Kun fem pasienter oppga at de hadde opplevd kvalme fra sju til tretti dager etter operasjonen.

BETYDNING FOR PRAKSIS. Tidligere forskning støtter våre funn som viser at det å fjerne en nyre i forbindelse med donasjon kan oppleves som smertefullt og gi kvalme og ubehag (4,8,9). Dette er kjente problemstillinger i den

postoperative fasen hos denne pasientgruppen. Det var derfor noe skepsis i personalgruppen mot å endre et smertestilleregime man mente fungerte godt. Samtidig viste vi at bivirkninger fra smertestillende medikamenter som inngikk i det etablerte regimet kunne utløse kvalme og obstipasjon. Tidligere forskning har dokumentert at uttak av nyre ved donasjon medfører mindre smerter postoperativt, sammenliknet med åpen tilnærming (5,12–14). Vårt prosjekt antyder at pasientene opplever god smertelindring ved et mindre intensivt smerteregime. Dette er vik-

«En tredjedel av pasientene rapporterte at de ikke lenger hadde smerter etter operasjonen.»

tig informasjon fordi et enklere regime medfører færre medikamentbivirkninger for denne pasientgruppen. Trolig fører dette igjen til at pasientene opplever mindre ubehag, mobiliseres raskere og kan utskrives tidligere. Vårt funn støttes av tidligere forskning (14). Det at pasientene mobiliseres raskere og får fjernet utstyr tidlig i postoperativ fase er også viktige fordeler. Eksempelvis vet vi at det å fjerne blærekateter tidlig reduserer risiko for å utvikle urinveisinfeksjon (15). Det å vurdere alternativ smertelindring med færre bivirkninger er generelt viktig, da bivirkninger kan medføre økt sykelighet og ubehag hos pasientene.

Ut fra metoden vi benyttet i dette kvalitetssikringsprosjektet kan vi ikke si noe sikkert om årsak-virkning-forhold og flere sammenfallende faktorer kan ha påvirket resultatene, som innføringen av nytt anestesiregime parallelt med endring av smerteregime.

Avslutning. Avslutningsvis må det tilføyes at til tross for en mulig reduksjon av bivirkninger etter nytt postoperativt smerteregime rapporterer noen pasienter

fortsatt bivirkninger som kvalme og obstipasjon. Dette vil vi arbeide mer med i forsøk på å gjøre den postoperative fasen så god som mulig for levende givere av nyre. Eksempelvis er syrehemmede medikament (Somac) i ettertid tilføyd nytt smerteregime for forebygging av gastroduodenalsår. ●

REFERANSER:

- Oyen O, Andersen MH, Mathisen L, Kvarstein G, Edwin B, Line PD, et al. Laparoscopic versus Open Living-Donor Nephrectomy: Experiences from a Prospective, Randomized, Single-Center Study Focusing on Donor Safety. *Transplantation* 2005; 79: 1236–40.
- Tanabe K, Miyamoto T, Tokumoto H, Yamamoto H, Ishida H, Kondo T, et al. Retroperitoneoscopic Live Donor Nephrectomy: Extended Experience in a Single Center. *Transplantation Proceedings* 2004; 36: 1917–19.
- Andersen MH. Patient-reported outcomes following living donor nephrectomy. Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine, 2008.
- Thiyagarajan UM, Bagul A, Nicholson M L. Pain Management in Laparoscopic Donor Nephrectomy: A Review. *Pain Research and Treatment* 2012; 2012:201852. doi: 10.1155/2012/201852. ePub 2012 (Nedlastet 08.04.14).
- Andersen MH, Mathisen L, Oyen O, Edwin B, Digernes R, Kvarstein G, et al. Postoperative Pain and Convalescence in Living Kidney Donors – Laparoscopic Versus Open Donor Nephrectomy: A Randomized Study. *American Journal of Transplantation* 2006; 6: 1438–43.
- Andersen MH, Mathisen L, Veenstra M, Oyen O, Edwin B, Digernes R, et al. Quality of Life After Randomization to Laparoscopic Versus Open Living Donor Nephrectomy: Long-Term Follow-Up. *Transplantation* 2007b; 84: 64–9.
- Hamidi V, Andersen MH, Oyen O, Mathisen L, Fosse E, Kristiansen IS. Cost Effectiveness of Open Versus Laparoscopic Living-Donor Nephrectomy. *Transplantation* 2009; 87: 831–8.
- Bachmann A, Wolff T, Giannini O, Dickenman M, Ruszat R, Gürke L, et al. How Painful Is Donor Nephrectomy? Retrospective Analysis of Early Pain and Pain Management in Open versus Laparoscopic versus Retroperitoneoscopic Nephrectomy. *Transplantation* 2006; 81: 1735–8.
- Nicholson ML, Kaushik M, Lewis GRR, Brook NR, Bagul A, Kay MD, et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open donor nephrectomy. *British Journal of Surgery* 2010; 97: 21–8.
- Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14: 798–804.
- Andersen MH, Bruserud F, Mathisen L, Wahl AK, Hanestad BR, Fosse E. Follow-up interviews of 12 living kidney donors one yr after open donor nephrectomy. *Clinical Transplantation* 2007a; 21: 702–9.
- Gaston RS, Wadström J. Living Donor Kidney Transplantation – Current Practices, Emerging Trends and Evolving Challenges. United Kingdom: Taylor & Francis, 2005.
- Litkouhi B. (2013). Postoperative ileus 2013. Up to date. [http://www.uptodate.com \(Nedlastet 08.04.14\)](http://www.uptodate.com (Nedlastet 08.04.14))
- Shapiro R, Brennan DC. Benefits and complications of laparoscopic donor nephrectomy 2013. Up to date. [http://www.uptodate.com \(Nedlastet 10.04.14\)](http://www.uptodate.com (Nedlastet 10.04.14))
- Baldini G, Bagry H, Aprikian A, Carli F, Phil M. Postoperative Urinary Retention. *Anesthesiology* 2009; 110: 1139–57.

FAGARTIKLER:

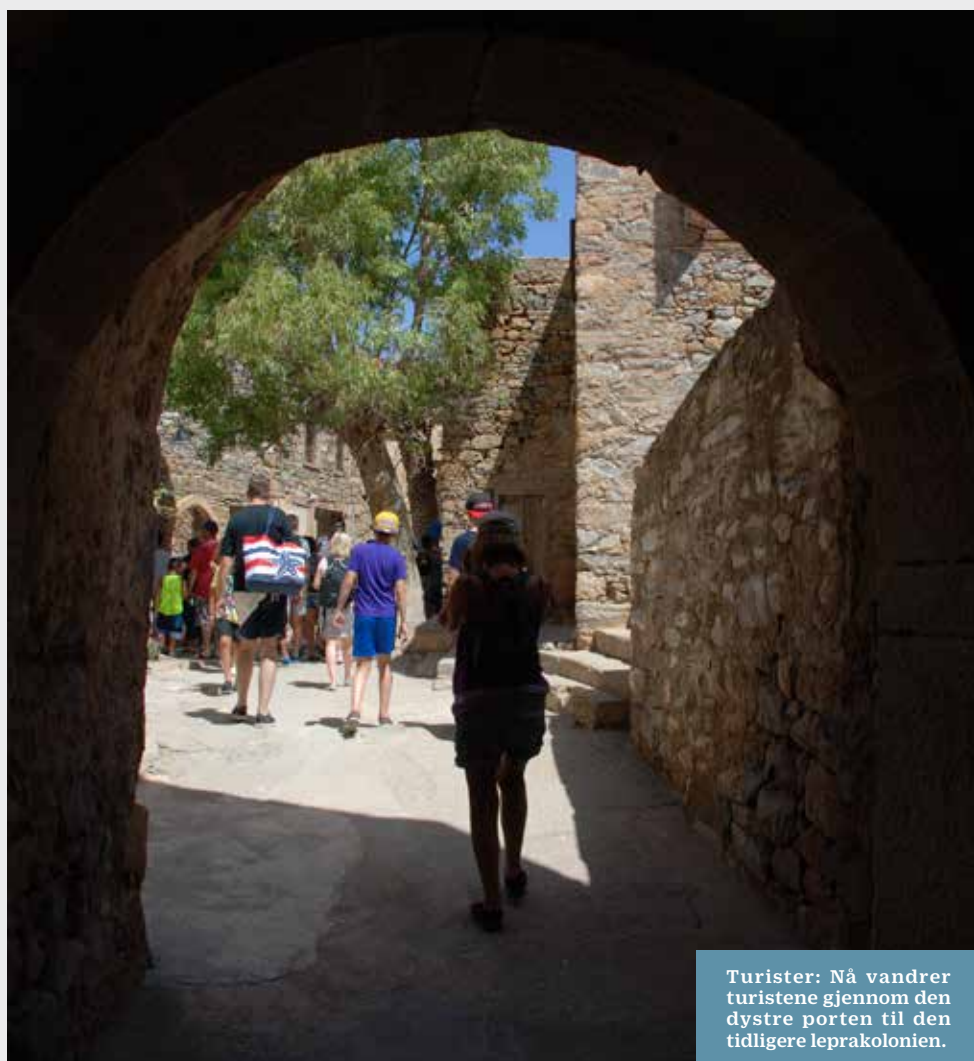
Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Påfyll

Del 3 Sykepleien 12 | 2014

Bøker – Kultur – Fakta



Turister: Nå vandrer turistene gjennom den dystre porten til den tidligere leprakolonien.

De sykes øy

Lepra. På øya Spinalonga ved Kreta måtte de leprasyke leve isolert til døden befridde dem. **60**



Quiz. Er du en kompetent sykepleier? **62**



«**Mange helsefaglige utdanninger har lite om smerte på pensum.**» Tone Marte Ljoså. **58**



I barnehagen. Mer oppmerksomhet rundt håndvask minsker faren for infeksjon. **59**



Videreutdanning: Tone Marte Ljoså vil ha sykepleiere til å studere.
Foto: Erik M. Sundt

Egen utdanning i smerte

KUNNSKAP: – Smerte er det vanligste symptomet, men mange mangler kunnskap for å lindre den, sier Tone Marte Ljoså.

Hun er førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, som etter jul starter opp tverrfaglig videreutdanning i smertebehandling i samarbeid med Oslo universitetssykehus.

– Men trenger man en egen utdanning i smerte?

– Ja. Smerte er et stort felt. Mange helsefaglige utdanninger har lite om det på pensum, og har heller ikke mulighet til å dekke alt. Smerte opptrer hos pasienter på alle nivåer av helsetjenesten, hos unge og gamle, sier hun.

Utdanningen til ta for seg akutte, postoperative, langvarig ikke-maligne og kreftrelaterte smerter hos pasienter i alle aldre. Studentene skal få

kompetanse til å kartlegge, vurdere og diagnostisere smerte og gi smertebehandling innenfor sitt fag.

Utdanningen er på deltid over ett år og gir 30 studiepoeng. Søkere må ha treårig bachelor i helsefag eller profesjonsutdanning i medisin, psykologi eller odontologi og to års praksis.

Søknadsfrist er 15. november og prislappen er 17 500 for hvert semester.

5 000 for beste oppgave

Lovisa Stenberg og Ida Kristine Martinsen vant prisen for beste bacheloroppgave ved Universitetet i Nordland. Premien er 5 000 kroner. Stenberg og Martinsen skrev om afasi, kommunikasjon og brukermedvirkning.

Kilde: Lofotposten

Norgesmester i athletic fitness

Sykepleierstudent Emilia Møller Olsen ble best i sin klasse i athletic fitness. Hun har tidligere vunnet NM, men tatt andreplass de siste årene. Hun studerer sykepleie i Bergen.

Få sykepleiere truer sikkerheten

For få sykepleiere på jobb gir dårligere oppfølging av pasienter og kan true pasientsikkerheten. Det viser mastergradsarbeidet til Malin Knutsen ved Universitetet i Stavanger. Hun har gjort en litteraturstudie.

Kilde: Dagens Medisin



Mer folkehelse

Folkehelseinstituttet har publisert de siste temakapitlene i Folkehelse rapporten 2014. Det er helse hos barn og unge, helse i innvandrerbefolkningen og kunnskapskilder for folkehelse.

Sammen med en rapport fra Helsedirektoratet vil den bli brukt som grunnlag for en stortingsmelding om folkehelse i 2015.

Kilde: fhi.no

Historien gjennom profesjoner

I PROFESJONSHISTORIER: beskrives Norges historien. I embetsmannstiden var offiserene, prestene, legene og juristene de førende profesjonene. I Venstrestaten etter 1884, ble lærerne og lektorene de store. Ingeniører, arkitekter, tannleger, veterinærer og farmasøyter kom til. I Arbeiderpartistaten etter 1945 kom sosialøkonomene. Og med velferdsstaten blant andre jordmødre, sykepleiere og fysioterapeuter.

Rune Slagstad og Jan Messel er redaktører for boken.



Om å være donorbarn

OLE ER LAGET AV ET MAGISK RUMPETROLL: er en barnebok om biologisk opphav. Ole er laget ved hjelp av sæd fra en åpen donor i Norge. Forfatter er Tone Bråten. Hun er familierapeut og anbefaler dem som har brukt donorsæd å fortelle barnet sannheten når det er rundt fire år.

Boken passer for barn fra fire til fem år og kan brukes ved fertilitetsklinikker, helsestasjoner og andre steder man kommer i kontakt med mennesker som bruker sæddonor.

Kilde: Bioteknologirådet



Hva sykepleie er

I SYKEPLEIE: er det spørsmål som også er filosofiske. Det er spørsmål om liv og tid, om natur, sykdom og årsak, om praksis og vitenskap, kjønn og religion. Selv om sykepleie er et stort fagområde, blir det omtalt som usynlig. I boken *Sykepleietenking* gis det en forståelse for hva sykepleie er.

Forfatter er Ingunn Elstad.



Mindre smitte med flere tiltak

SMITTE: Tiltak for å redusere smitte kan halvere faren for luftveisinfeksjoner og diare i barnehager og barneskoler. Det viser en ny rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

På oppdrag fra Folkehelseinstituttet har kunnskapssenteret oppsummert forskning om effekt av smitteverntiltak i barnehager og skoler.

Forekomsten av luftveisinfeksjoner og diare var mindre i barnehager og barneskoler som har ekstra oppmerksomhet på håndvask og smittevern enn i barnehager og barneskoler med vanlig

praksis. Ekstra oppmerksomhet på håndvask og smittevern kan redusere infeksjoner med mellom 10 og 50 prosent. Dersom det i tillegg brukes hånddesinfeksjon, kan fraværet blant skolebarna reduseres med 30 til 50 prosent.

Fire systematiske oversikter som så på effekten av ni ulike smitteverntiltak ble inkludert. Effekten ble størst hvis flere tiltak ble benyttet samtidig. For tiltak alene, som bare håndvask eller bare hånddesinfeksjon, var det ikke mulig å si noe om effekt fordi metodene brukt i studiene var av dårlig kvalitet.

Kilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten





De utstøtte. I over 50 år var det en koloni for spedalske. I dag er den lille øya nest største turistattraksjon på Kreta.

Spinalongas levende døde

● Tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

Den 13. oktober 1904 ankom den første spedalske den lille øya øst på Kreta. Selv om lidelsene fra denne sykdommen opp gjennom tiden har mange ansikter og groteske historier, er det få steder interneringen av spedalske var satt i så omfattende system som på den greske øya Spinalonga.

Da den greske stat ble deklart i 1898, var det ikke tilfeldig at Spinalonga i 1903 ble utpekt som leprakoloni. Grekerne ønsket på denne måten å drive ut den tyrkiske bosettingen på øya.

I starten var det de sykeste som ble isolert på øya. Spedalske pasienter med betydelige deformiteter ble overlatt til festningsruinene uten noe organisert helsestell. Det var full isolasjon, og på øya vaiet et gult flagg som varsel om smittsom sykdom. Det var til å begynne med ikke lov å nærme seg øya, og fiske måtte skje i en avstand på minst 200 meter.

I perioden 1904–1957 var det trolig opp mot 1 000 pasienter som ble internert på øya. Antallet er usikkert. Ikke bare på grunn av dårlig kontroll med antallet som ble overført, men også at et betydelig antall tok livet sitt ved å drukne seg eller ved å hoppe i steingrunnen utenfor festningsmurene.

Den første legen kom til øya rundt 1910. Hovedoppgaven var å journalføre pasientenes sykdomsutvikling og rapportere videre til myndighetene i Athen.

SPLITTET FAMILIER. Det er vanskelig å forestille seg lidelsene disse pasientene ble stilt overfor, både med tanke på å overleve og den totale isolasjonen fra familien. Det gjaldt også ektefeller som ikke var smittet.

Forfatter Themis Kornaros skriver i boka «Spinalonga» om kvinnen Sitia. Da myndighetene

kom for å hente hennes ektemann for å sende han til helvete på øya, skar hun seg og lot seg smitte med puss fra ektemannen. Det var på slutten av 1920-tallet. Hun ønsket å være sammen med ektemannen, selv om det betydde elendighet og isolasjon.

INGEN VEI TILBAKE. Det må ha vært en stor overgang for pasientene å komme til Spinalonga—der de ble ledet gjennom den enorme festningsporten. Over porten sto det inngravert en fri oversettelse av Dantes «Inferno» om inngangen til helvete. Inskripsjonen ønsket velkommen til et sted i sorg og smerte, og oppfordret til å legge alt håp bak seg. De nyankomne ble heller ikke ønsket velkommen av øyas beboere, istedenfor «velkommen» sa man bare «kom».

Det var ingen vei tilbake til fastlandet. Den greske stat hadde bestemt at de skulle leve der resten av livet. De måtte, fra de gikk inn porten, nøye seg med å se over på landsbyen Plaka på fastlandet – 250 meter fra øya.

Presten på øya hadde frie fullmakter til å oppheve tidligere ekteskap på fastlandet, og for dem som fant kjærligheten på Spinalonga, å velsigne nye samliv. Det ble født 36 barn på øya, men så snart de var undersøkt av lege og funnet friske fra lepra, ble de tatt fra foreldrene og plassert i fosterhjem eller hos slektninger på fastlandet.

**«Velkommen til et
sted i sorg og smerte.»**

Inskripsjon over
hovedporten

Til tross for den håpløse situasjonen må tro og håp ha stått sentralt for pasientene, for på den lille øya var det ikke mindre enn tre gudshus. Spedalskhet var fra gammelt av sett på som et tegn på religiøs urenslighet.

EGET SAMFUNN. Selv om de var utstøtt, fikk mange spedalske det likevel bedre på øya enn de hadde det før. Lepra var en fryktet sykdom, og de syke ble som regel forvist.

Den østerrikske lege F. W. Sieber beskrev deres kår i sin reiseskildring fra Kreta på 1800-tallet: «Der så jeg for første gang noen spedalske, som bodde i et isolert område utenfor Iraklions murer, for det var forbudt for dem å komme inn i byen. Jeg frøs ved synet av deres store elendighet. Mange av dem hadde mistet hender og føtter, og de viste deres lemlestete armer og ben fram, mens de bad om nåde og almisser med skingrende stemmer og uartikulerte og snøvende lyder...».

Spinalonga var de første årene langt på vei en oppbevaringsanstalt. Men etter hvert skapte de syke sitt eget samfunn av likesinnede. Pasientene begynte å praktisere sine yrker, og det ble blant annet etablert frisør og kafé. I ettertid har en av de eldste på øysamfunnet fortalt at «fra nå av var ikke Spinalonga lenger et helvete, bare en fangelandsby med menneskets gode og dårlige sider og egenskaper».

SYKEHUS. Fra 1930-årene ble forholdene betydelig bedre. Da ble det bygget sykehus og to tilhørende pasientboliger med 24 rom i hver. Fra den tida ble utstyr og datidas medikamenter tilgjengelig. Gjennom de siste årene besto staben ved sykehuset av en lege som sammen med en regnskapsfører administrerte hele øysamfunnet.

Fakta. Lepra

GAMMEL SYKDOM: Lepra, ofte kjent som spedalskhet, er en kronisk infeksjonssykdom som skyldes infeksjoner med bakterien *Mycobacterium leprae*. Den ble først omtalt i Egypt allerede 1350 år før vår tidsregning, og er verdens eldste kildebelagte sykdom.

Kilde: Store Medisinske Leksikon

LEPRABASILLEN: I leprahistorien har Norge hatt viktige bidrag. Det norske lepraregisteret ble opprettet i 1856 som verdens første nasjonale pasientregister, og Gerhard Armauer Hansen (1841–1912) sto for en internasjonal pionerbedrift da han oppdaget leprabasilen i 1873.

Kilde: Universitetet i Bergen

SPINALONGA: I 1903 bestemte den greske stat at alle spedalske i hele landet skulle plasseres på den lille øya Spinalonga øst på Kreta. De første spedalske ankom i 1904 og fram til 1957 ble trolig opp mot 1 000 pasienter internert på øya.

ROMAN: Victoria Hislops debutroman «The Island» fra 2005 (på norsk i 2007) omhandler livet på Spinalonga og ble en internasjonal bestselger i et opplag på 2,5 millioner.

Kilde: Wikipedia

LEPRA I DAG: Selv om det er over 140 år siden Gerhard Armauer Hansen beskrev leprabasilen, er spedalskhet fortsatt et betydelig medisinsk problem på verdensbasis med om lag 200 000 nye tilfeller årlig, majoriteten av disse i India.

Kilde: Wikipedia



I starten: Bilde av Spinalonga tatt rundt år 1900. Foto: akg-images/Scanpix



Kirkegård: Det er ingen navn på gravene ved Skt. George kirken.



Sykehus: Øya fikk eget sykehus rundt 1930.

I tillegg var det en person som arbeidet med desinfeksjon av boliger og gjenstander, fem sykepleiere, ti kvinner som vasket klær og et tilsvarende antall som pleide de spedalske, og en prest.

I 1948 kom det internasjonale gjennombruddet i behandlingen av lepra, og Spinalonga var tidlig med på utprøving av nye antimikrobielle medikamenter.

TURISTMAGNET. I dag er Spinalonga en stor turistattraksjon, som årlig tiltrekker seg over 100 000 besøkende. Øya er Kretas nest mest besøkte arkeologiske attraksjon.

Victoria Hislops debutroman «The Island» fra

«Spedalskhet var fra gammelt av sett på som et tegn på religiøs urenslighet.»

2005 (på norsk i 2007) har i sterk grad vært medvirkende til denne enorme interessen for Spinalonga. ●

bjørn.arild.ostby@sykepleien.no

Kilde: Antonis A. Spinalonga—the island of the living dead. Typokreta forlag 2011
Mammakis G. Spinalonga: the island of suffering, faith and hope. Typokreta forlag 2011



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvilket sykehus har nasjonalt ansvar for brannskader?

- A Rikshospitalet i Oslo
- B Haukeland i Bergen
- C St Olavs Hospital i Trondheim

2 Hva er PLO-meldinger?

- A Leger uten grensens skjema for

- B palestinske pasienter
- C Folkehelsas Pseudomonas- og legionellaoppdatering
- C Pleie- og omsorgsmeldinger som skal lette samhandling

3 Hva står MSIS for?

- A Folkehelsas meldingssystem for smittsomme sykdommer
- B Mitokondrie-sepsis in situ
- C Musesyke i skjeden

4 Hva er dysmelia?

- A Hallusinerer som skyldes inntak av muggent mel
- B Medfødt utviklingsfeil på en eller flere lemmer
- C En type dysleksi som rammer middelaldrende

5 Hvilke tenner er dentes decidui?

- A Melketenner
- B Visdomsjeikler
- C De permanente tennene

6 Hvor finner du produsent-uavhengig legemiddel-informasjon?

- A Felleskatalogen
- B Relis.no
- C Hos Legemiddelindustriforeningen

7 Oksytocin er et hormon, men kan også fungere som

- A ... et anabolt steroid
- B ... statiner
- C ... en nevrotransmitter

8 Hva kan oksytocin bidra til?

- A Øket nivå av stress, angst og aggresjon
- B Bedre kolesterolnivå og redusert aterosklerose
- C Bedre sårheling, velvære og redusert angst

9 Hva heter planten hasj og marihuana blir fremstilt av?

- A Cannabis sativa
- B Cannabis hemp
- C Cannabis tjall

10 Hva er diameteren på en grønn kanyle?

- A 0,8 millimeter
- B 1,0 millimeter
- C 1,2 millimeter



Stress: Kan det være for høyt oksytocinnivå? Foto: Colourbox

- 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1B, 2C, 3A, 4B, 5A, 6B, 7C, 8C, 9A, 10A

Randis hypokonderkryssord

😊	FOR-GIFT-NING	PLATE	HORN-DAN-NELSEN	FUGLE-LYD	LIK-GUD	REDSK.	VOK.	VÅKEN	BÅR-ENE POL.P	UKJENT	AVRET-NINGS-REDSK.	SYKD. POL.P	HOTE	SUGE	BORTE-DYR	TRIST-ESSER
HØY-GRAVID																
KIRURG																
ERTEN		GUD-RENS!		ART.			FARGE					RØYS	TIL-LATE	VISTES		BIB-DEL
				LEVER-ART.		REAL				MUSIKK-TRAU						
VÆS-KEN						SAMS	BORT		TAUET				KRYD-DE-TIRRE			
BILDE-HINNE					ELTE	FLIRE-KUNST		GRÅT!				TALL-ENER				EGEN
		KONJ.		TALL			FERS-KE-INTERJ.			I TU		KUL			YTRE-LIKE	
SLETTA-HOMSE					LAND				BRØD			GRILLA				

Se løsning på kryssord side 65.



Meninger

Del 4 Sykepleien 12 | 2014

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Utmerkelse: I oktober fikk Safia Abdi Haase medaljen Ridder av 1. klasse.

Ridder Safia

Heder og ære. Safia Abdi Haase har blitt hedret av kongen for sin innsats mot kjønnslemlestelse. **74**



Kronikk. «Farlig» er ingen diagnose. **72**



Innspill. Depresjon er et vanskelig tema i muslimske miljøer. **71**



«Alkoholene ødelegger familier og barns oppvekst i relativt stor skala.» Anlov P. Mathiesen. **70**



Utvikling. Skal vi beholde en akuttberedskap med høy kvalitet, må sykepleiekompetansen videreutvikles, både i kommunene og i sykehusene.

Sykepleiernes rolle og ansvar i akuttjenestene

Akuttmedisinforskriften, som var på høring i vår, er utydelig på kompetansekrav til sykepleiere. Mens det for eksempel stilles spesifikke kompetansekrav til leger i vakt i kommunene, er kravene for sykepleierne så å si fraværende.

Dagens kompetansekrav til bemanning i ambulansefly er intensiv- eller anestesisykepleier. Et krav som er fjernet i forslaget til ny forskrift. Den akuttmedisinske kjeden består av sykepleiere, spesialsykepleiere, leger og ambulansearbeidere som jobber i legevakt, legevaktsentral, AMK-sentral, ambulansetjeneste og akuttmottak. Det er viktig at de varslete utviklingsarbeidene knyttet til akuttfunksjoner synliggjør sykepleietjenestens bidrag i alle deler av kjeden.

Om lag to av tre legevaktsentra-ler er sykepleiestyrt. Sykepleierne er første instans for all kontakt og de prioriterer ut fra pasientenes tilstand og tilgjengelige ressurser (triagerer). 25 prosent av alle henvendelser håndteres av sykepleier alene.

VIKTIG. Også i akuttmottakene er det sykepleiere som koordinerer. I ambulansene er jordmødre og anestesisykepleiere en stadig viktigere akuttkompetanse på grunn av stadig sentralisering av

spesialisthelsetjenester.

Sentralisering av den kommunale legevaktfunksjonen har pågått i mange år. Utviklingen sammenfaller med sentralisering av akuttfunksjoner i spesialisthelsetjenesten. I fremtiden blir det for snevert å se akuttmedisinske funksjoner både i og utenfor sykehus, isolert fra øvrig organisering og tjenester. For å sikre pasientene god og riktig behandling og oppfølging må kompetansen utnyttes på best mulig måte. Selv om mye er bra i dag, så er det et vesentlig potensial i å organisere kompetansen på en bedre måte.

Akuttkompetanse ligger i sykepleiefagets grunnutdanning, og sykepleiere jobber i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. I dag gis den mest avanserte medisinske oppfølging i kommunene av sykepleiere i heldøgnsomsorg og i hjemmesykepleien. Pasientene er ofte utskrevet fra sykehus, og den medisinskfaglige støtten gis i stor grad fra legetjenesten i sykehus. Skal akuttberedskapen i

fremtiden ha høy kvalitet, inkludert en forsvarlig responstid, må dagens tjenester videreutvikles.

FORBEDRE. For å videreutvikle akuttberedskapen i kommunene må vi se på de tjenester som allerede er 24/7-tjenester og hvordan disse kan forbedres.

Hjemmesykepleien, samt organisering av ø-hjelp-døgnplasser i kommune er viktige tjenester, som kan bidra til å sikre en desentralisert og tilgjengelig akuttjeneste i fremtiden. Hjemmesykepleien må rustes og bli en naturlig del av akuttjenesten.

Sykepleiekompetansen i akuttmottakene må videreutvikles for å sikre rett triagering og rask iverksettelse av rett behandling. Sykepleiefaget må anerkjennes i ambulansetjenesten og synliggjøres i legevakt og akuttmottak. Regjeringen har sagt at de skal innføre kompetansekrav i akuttmottakene. Disse kravene må speile det ansvaret sykepleiere har og tar i disse tjenestene.

FREMTID. NSF ser frem til stortingsmeldingene som skal beskrive fremtidens tjenester, som er varslet i 2015.

Vi har forventninger om at vår rolle i å skape og utvikle pasientens helse- og omsorgstjeneste vil bli adressert. ●



Fakta

**Eli
Gunhild By**

Forbundsleder i Norsk
Sykepleierforbund

«Også i akuttmottakene er det sykepleiere som koordinerer.»

WORD DIFF. NWS	PLATE	WIND NWS	PUZZLE TWO	LINK TWO	È	REDUX	YOK	UNION	SAR- ENE POL-IP	L	LUIGI	ALBERT- UNION- REDUX	SPIN- POL-IP	T	HOTE	SLIDE	WORTH DUR	U	THIST- ESSION
HEAVY- WEIGHT	B	È	K	È	N	L	Ø	S	N	N	G	S	U	T	S	A	T	T	
DRUM	O	P	E	R	A	S	J	O	N	S	K	N	I	V	B	R	U	K	E
EXTEN	T	R	A	ART		A	FARGE	A		K		L	ADYS	TU	LATE	U	VERES	K	EE DEL
	K	U	L	A	UNION ART	È	R	REAL	G	R	E	I	J	U	L	E	S	A	N
WEL- TER	L	U	T	È		R	SAUS	BORT	U	T	TAUET	S	N	O	R	A	Y	R	T
BLADE MIND	I	K	O	N	È	ELITE	È	PURE CURET	L	E	GRAT	T	U	T		TALL ENDER	È	N	
	L	S	R	O	N	S	TALL	K	N	A	R	E	N	Y	E	I	TU	I	
SLIP- WIND	M	O	E	N		LARD	I	R	A	K	BROD	N	A	N	DALLA	S	T	E	
	L	E	G	N	I	N	G	S	U	T	L	E	V	E	L	S	E	S	



65



Refleksjoner om robotselen Selma

VELFERDSTEKNOLOGI. Robotteknologi benyttes ikke lenger bare i industrien, den begynner også å finne sin plass i helse- og omsorgstjenestene.

På sykehjemmet kan vi i dag møte den japanskproduserte robotselen Selma som er en avansert sosial robot utviklet for å samhandle med mennesker. Selma har den siste tiden kommet i medias søkelys, og kanskje er hun som hjelpemiddel innen demensomsorgen gitt en urettferdig, ensidig negativ omtale? Som sykepleiere med et sterkt engasjement for mennesker med demens, og den sykepleie som utøves i tjenesten ønsker vi å bidra i debatten med noen refleksjoner.

Helse- og omsorgstjenestene vil både i dag og i framtida være avhengige av det konkrete møte mellom mennesker. Velferdsteknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men ulike former for teknologi kan gi mennesker nye muligheter til selvstendighet og trygghet. Teknologi kan fungere som et supplement og en støtte både for pasienten, pårørende og sykepleieren. Dagens moderne menneske knytter i større grad teknologi til sin identitet, enten det er snakk om biler, mobiltelefoner eller hjem. Livskvalitet, velferd og teknologi er mer og mer sammenvevd. Framtidens helse- og omsorgstjenester vil også være preget av denne utviklingen. Velferdsteknologi er ikke et spørsmål om «å være, eller ikke være» - teknologien har kommet for å bli.

All nyutvikling, inklusiv data- og elektroteknologi, er ikke nødvendigvis positiv for alle berørte parter, - for brukere av tjenesten og for utøvere av tjenesten. Sykepleie fordrer refleksjoner, det gjelder både sykepleieutøvelse som preges av å ha vedvart over en årrekke, og nyvinninger som for eksempel robotselen Selma. Kritiske refleksjoner innebærer at vi spør oss, er dette en praksis vi kan begrunne så vel faglig som etisk og juridisk, og hva er begrunnelsene våre? Sykepleiere har en nøkkelrolle når det gjelder å fremme en reflektert praksis, etisk bevissthet og god dømmekraft.

Hvilke begrunnelser er det for at robotselen Selma er et gode for personer med demens,

og hvilke begrunnelser er det for det motsatte? Sykdommen, med en kognitiv svekkelse, fører til at personer med demens kan oppleve omgivelsene som uforutsigbare, uforståelige og i noen tilfeller skremmende eller truende. Utrygghet er med andre ord en tilstand som ofte preger personer med demens, selv med mennesker rundt seg. Erfaringer viser at robotselen kan redusere, ja til og med motvirke utrygghetsfølelsen ved at den kan klappes, den kjennes varm og god der den ligger på fanget, pelsen kan koses med, og den kan småprates med. Stipendiat Nina Jøranson som forsker på robotassistert intervensjon trekker blant annet fram betydningen av at robotselen ikke krever noe tilbake fra personen med demens som verdifullt («Er Selma en lure-sel?» i Sykepleien nr. 11-2014). Robotselen spør ikke hva pasienten prøver å si når ordene stikker seg, mangler, og må letes frem. Videre framhever Jøranson aktiviteten rundt robotselen som betydningsfull. Det handler blant annet om å kunne engasjere seg i noe meningsfullt når man ikke lenger lett lar seg engasjere. Selma viser seg med andre ord å kunne være trygghetsskapende og velværefremmende, ja kanskje også med til å skape mening i personens dagligliv. Hva er det da som gjør at intervensjon med robotselen ikke uten videre omtales positivt? Det første prinsipielle spørsmål er nok om det etisk sett er riktig å utsette et menneske med demenssykdom for tilknytning til roboten Selma, som om hun var et virkelige kjæledyr, med mål om å oppnå en positiv terapeutisk effekt? Dette kan lett framstå og oppleves som uekte ved at en simulerer en sosial relasjon, som normalt bare oppstår mellom mennesker og dyr. Det er også slik at vår verditenkning settes på prøve når roboter erstatter mellommenneskelige relasjoner, følelsesmessig tilknytning og omsorgsfull kontakt. Selma kan bidra til å skape trygghet men hun kan også true disse goder og verdier. Særlig utpeker det seg en bekymring om at menneskelig kontakt og omsorg blir erstattet av teknologi. Bruk av robotselen i demensomsorgen, at en voksen person sitter med et dukkedyr på fanget, vil også kunne oppleves som infantiliserende, som

en krenkelse av personens integritet. Om vi skal innføre teknologi som robotselen Selma handler derfor ikke bare om valg av type teknologi, men berører i stor grad etiske verdivalg og spørsmål om hva som er det gode liv og hvilke type helse- og omsorgstjenester vi ønsker i framtida.

Vurderinger av hva som er etisk riktig er også særlig vanskelige overfor pasienter som er vurdert uten samtykkekompetanse og som ikke selv kan ta stilling til om de ønsker å ta i bruk aktuell teknologi. I disse tilfellene er det særlig viktig å reflektere rundt varetakelse av den enkelte pasients medbestemmelse, verdighet og integritet, samt retten til ikke å bli krenket. Pårørende bør også inkluderes i disse vurderingene.

Fagrapporten «Velferdsteknologi - Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030» peker på at dersom roboter slik som Selma, har beroligende effekt vil det i mange tilfeller være bedre å benytte et slikt hjelpemiddel enn å bruke psykofarmaka og beroligende medisiner med alvorlige bivirkninger. Rapporten peker videre på at effekten av denne typen teknologi imidlertid må testes ut og dokumenteres på samme måte som andre behandlingsformer, samt vurderes ut fra etiske og verdimeslige forhold. Vi ser det derfor som positivt at forskningsprosjektet «Dyreassisterte- og robotassisterte intervensjoner som helsefremmende tiltak for eldre personer med demens» pågår. Forskerne regner med å være ferdig med prosjektet i 2015 og hensikten med prosjektet er å se på om dyreassisterte- og robotassisterte intervensjoner kan ha en helsefremmende effekt på personer med demens.

Lillian Lillemoen og Kristin Haugen,
sykepleiere

KILDER:

Helsedirektoratet (2012:6). IS-1990: «Velferdsteknologi - Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030»
Helse- og omsorgsdepartementet (2011:11). Norsk offentlig utredning (NOU)
«Innovasjon i omsorg»
Helse- og omsorgsdepartementet (2012 - 2013) Stortingsmelding nr. 29
«Morgendagens omsorg»

Fra C til stryk

KARAKTERER: **Jeg er nyutdannet psykiatrisk sykepleier fra Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), avgangsrår 2014. Den første eksamen jeg tok ved videreutdanningen julen 2013 fikk jeg karakteren A på. Jeg gikk inn med samme mål for øye på eksamen nummer to i februar.**

Skuffelsen var stor over at det denne gangen ble en C. Oppgaven ble sensurert av emneansvarlig for dette emnet, det vil si den som antagelig har mest greie på nettopp dette. Likevel ble jeg skuffet og klagde, i håp om å kanskje kunne få en B. Jeg tenkte at jeg ikke hadde noe å tape på det. Svaret kom i en e-post en uke senere, da jeg var godt i gang med praksisstudiene. Jeg måtte imidlertid lese denne e-posten flere ganger, og undersøke om avsender stemte, da jeg trodde noen var i ferd med å spille meg et puss. Men det stemte dessverre, og ny sensur ga karakteren F. Altså stryk. Det kom som et

sjokk med påfølgende sinne og frustrasjon. Jeg tok kontakt med studieleder og forklarte situasjonen min. Hun var medføleende og beklaget det hele, men understreket at dette ikke var noe å gjøre med, da påklaget karakter er endelig. Jeg uttrykte min frustrasjon over hvordan det kan være mulig at en student kan gå fra en C til stryk, hvorpå jeg fikk en følelse av at dette ikke var helt uvanlig scenario ved HiOA.

Det hele er for meg både uforståelig, uprofesjonelt og på grensen til ironisk at hele 3 karakterer kan skille to sensurer - samt to sensorer som jobber sammen - om det samme. Psykisk helsearbeid er et fag uten fasitsvar, men det må da være noe som kan få det til å ligne mer på et seriøst studium enn på et spill med Joker Nord. Når sensuren kan sprike så mye, vitner dette etter mitt skjønn om at sensorene på ingen måte er samstemte nok eller jobber etter samme retningslinjer. Jeg må også sette et stort

spørsmålstegn ved kvalitetssikringen av studiet. I lys av dette betyr ikke lenger A en jeg fikk på juleeksamen mye for meg, da jeg har en oppfatning av at karakterfastsettingen ved HiOA handler om tilfeldigheter. Jeg tror også det handler mye om sensorens dagsform, hvor også personlige meninger og preferanser spiller inn og danner utgangspunkt for karakterfastsetting.

I etterpåklokskapens lys kan jeg tenke at jeg var dum som klaget på karakteren i utgangspunktet. Men det å klage på en karakter er en rettighet vi har som student. Dessverre vil jeg ikke anbefale andre studenter å klage. Men jeg håper med dette at HiOA tar dette «spillet» på alvor og gjør noe med det.

«Frustrert sykepleier»

(Sykepleien har innsenders navn som ønsker å være anonym)

Hva er galt med en vanlig katt?

OMSORGSTEKNOLOGI: **Som leder i Rådet for sykepleieetikikk og fast bidragsyter til etikkspalten synes jeg at det er flott at vi endelig fikk diskusjoner rundt en sak som fanger mange («Selma er en lure-sel» i Sykepleien nr. 10-2014).**

Det er nettopp det som er utgangspunktet og hensikten med hele etikkspalten i Sykepleien – å få i gang en diskusjon og refleksjon rundt en sak. Sykepleiere og andre helsearbeidere er en gruppe man sjelden hører noe fra, så endelig er det fint å høre ulike stemmer.

En del av æren for engasjementet er nok det redaksjonelle grepet som ble gjort ved «å spisse tittelen» på innlegget til Lureselen Selma. Det har nok fengst flere lesere til etikkspalten. Selv hadde jeg en litt kjedelig tittel som neppe hadde fengst så mange.

Det er flott at man har ulikt syn i en sak – det er jo det som er selve hensikten i en refleksjon – at ulike stemmer skal bli hørt. Heller ikke Rådet for sykepleieetikikk eller meg som leder av Rådet,

eier sannheten. Også innad i Rådet har vi selvfølgelig ulike røster og ulike meninger – ennå er vi ikke klonet.

Rådet for sykepleieetikikk er ikke noe «etikkipolitikk» og intet domsorgan men et rådgivende organ. De såkalte påstandene angående verdighet eller krenkelse av menneskeverdet i etikkspalten, er utformet som spørsmål og ikke som påstander. Vi ønsker ulikt syn i en sak, det er jo en av hensiktene til Rådets eksistens.

Selv om en ønsker å utvise respekt for forskning og deres funn, håper jeg at «blikket heves», for heller ikke forskere eier sannheten. Etikkk og spesielt moral er ikke noe statisk som vil forbli den forandres i takt med annen utvikling.

De færreste av oss har holdt en levende sel på fanget og har derfor ingen preferanser eller forventninger til adferd. Pasienten med demens som ble filmet på TV innslaget sa det helt korrekt: «når jeg har hatt den en stund på fanget, så tror jeg at den er levende». Det var også mitt anliggende i

saken – man får dem til å tro at den er levende. Det får bli opp til hver enkelt om dette er lurert eller ei?

Det gjøres mye god forskning og mye i helsevesenet er bra. Likevel er historien dessverre full av forskning som har vært utført til «det beste» for pasienten men som senere er blitt forkastet og noe vil i dag betegnes som overgrep. Det er vel det som er forskningens natur – svært få eier sannheten. Kanskje er det slik i noen tilfeller «at målet helliger middelet?»

Til slutt må jeg imidlertid stille meg spørrende til at robotselen betegnes som en «sosial robot».

At en robot som er laget av metall, plastikk og elektronikk, på lik linje som en datamaskin, nå også er blitt sosial, blir for meg helt ubegripelig. Selv har jeg helt andre preferanser på hva det vil si å være sosial. Jeg bare spør, hva er galt med å bytte ut kunstig sel med en vanlig huskatt?

Berit Daae Hustad,

leder av Rådet for sykepleieetikikk



Fortvilte sykepleiere

REKRUTTERE: Nå er det nok! Det er ikke så vanlig å høre fra oss sykepleiere. Vi er en snill og omtenkstom yrkesgruppe som ikke har tradisjon for å rope høyt og si ifra som for eksempel lærerne (godt jobbet forresten). Men når omsorgssjefen i kommunen nå har sendt brev til alle avdelingsledere om at det må lages turnus med oftere helgejobbing, da setter vi ned foten!

Sykepleie begynte riktignok med Nightingale som hadde sykepleie som et kall. Og ja, vi sykepleiere jobber som om vi skulle hatt et kall ennå, fordi vi ønsker å gjøre en god jobb for pasienten.

Vi finner oss i det meste, men vi er bare mennesker. Når andre er sammen med familie og venner eller feirer jul/ påske, da er vi på jobb. Vi trenger også et privatliv med fri til samme tid som venner og familie. Vi synes vi jobber for mye helger og helldager allerede.

Det er enkelt for dem som sitter og bestemmer, at litt til må de tåle. Det løser alle problemer i omsorg. Men vet de hvor belastende det er? Det er forskningsrapporter som viser at det er skadelig med turnusarbeid, det er blant annet økte kreftforekomster hos turnusarbeidere. Da bør vel

ubekvem arbeidstid holdes på et minimum?

Vet dere at det blir verre å jobbe turnus med årene? Jo eldre man blir, jo verre er det å omstille seg raskt fra kveld til dag, natt til dag og så videre. Mange sliter med søvnen, eller med det å gå rundt å være trøtt og sliten bestandig. For å ikke snakke om hvor nitid planlegging som kreves for å holde familien i gang og få programmet til å gå opp.

Slik situasjonen er i dag, har vi problemer med å rekruttere sykepleiere til Kragerø kommune allerede. Det er nesten ikke søkere til de stillingene som blir lyst ut. Hvordan tror ledelsen det blir med rekruttering av sykepleiere når helgejobbing økes? Og tror den at alle sykepleiere i Kragerø er så lojale at vi holder oss til den jobben vi har her for enhver pris?

Hvis sykepleierne skal jobbe oftere helg, hvordan har man da tenkt at sykepleieroppgavene skal løses? Når legekontorene, apotekene, andre samarbeidspartnere som fysioterapeuter, poliklinikker, utstyrsleverandører og så videre er stengt – er det da du vil at vi skal samarbeide eller ordne alle administrative oppgaver? Det er vår mening at det ikke er god nok grunnbemanning av sykepleiere i dag til at arbeidsoppgavene kan skli greit hvis noen skulle finne på å bli syke eller har permisjon. Det er ikke sykepleiere å få leid inn til disse vaktene. Sykepleiere står ikke i kø og venter på ekstravakter, de finner seg arbeid i andre kommuner/sykehus. Dette fører selvfølgelig til større belastning på sykepleierne, og noen ganger går det faktisk utover pasientsikkerheten.

Det blir heller ikke satset på økt kompetanse/videreutdanning av sykepleiere, selv når vi er midt i en samhandlingsreform hvor det blir flere sykere pasienter i kommunen, som krever aktiv observasjon og kompliserte prosedyrer og behandling. Sykehjemmet er i ferd med å bli et minisykehus fordi lokalsykehuset blir lagt ned. Veldig få av sykepleierne har valgt å søke jobb i kommunen, og det kan vi forstå! Sykehuset satser på sykepleiere, de forstår viktigheten av kompetanse! De har derfor gitt sykepleierne 80 prosent lønn under utdanning. Hva tilbyr Kragerø kommune sykepleierne? Større helgebelastning?

Sykepleiere i Kragerø kommune

(Sykepleien har innsenders navn, som ønsker å være anonym)

Siden sist

Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no



Fra Sykepleien.no Forvaltningens plikt

FORSKJELL: Norsk tolkeforening (NTF) vil gjerne påpeke et par punkter i artikkelen «Vil lovfeste retten til kvalifisert tolk», som ble publisert på Sykepleien.no 2. oktober.

Tolkeutvalget har ikke foreslått at retten til tolk skal lovfestes, slik, Sykepleien skriver, men derimot forvaltningens plikt til å benytte kvalifisert tolk (se side 173 i Tolkeutvalgets rapport). Forholdet mellom og forskjellen på å lovfeste «plikt» og å lovfeste «rett» var noe Tolkeutvalgets leder gikk helt konkret gjennom da hun presenterte utvalgets rapport. Det er vesentlig forskjell på rett til tolk (en rettighet man altså må gjøre krav på) og det at forvaltningen har plikt til å benytte dette. Konsekvensen av misforståelsen er at selve overskriften på denne artikkelen, «Vil lovfeste retten til kvalifisert tolk», er feil. Det er uheldig.

Sykepleien skriver videre i nettartikkelen «Hasle understreket at tolken må lønnes etter kvalifikasjoner og ikke etter hvor jobben blir gjort. I dag lønnes tolker for høyt av domstolene ...».

Dette er ikke riktig. Utvalgslederen sa at «i dag lønnes NOEN tolker for høyt av domstolene».

Ut over dette er vi veldig glade for at dere skriver om dette svært viktige temaet. Vi håper at dere, sammen med oss, vil være «vaktbikkjer» som sørger for at rapporten ikke blir liggende i en skuff.

Siri Fuglseth, leder i Norsk Tolkeforening – NTF

Minneord

Jane-Irene Vambeseth



1958-2014: Høyskolelektor Jane-Irene Vambeseth døde 2. august, 56 år gammel. Hun utdannet seg til sykepleier ved høyskolen i Oppland og tok hovedfag i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo i 1998. Samme år begynte hun som høyskolelektor ved bachelorutdanningen på Høyskolen Diakonova.

Hun var glødende opptatt av studentene og faget, og fikk god kontakt med dem hun hadde et spesielt veiledningsansvar for, enten det var i praksisstudier eller i andre sammenhenger på høyskolen. Studentene merket hennes genuine interesse for dem som person, og at hun var opptatt av at de skulle ha en god studiehverdag.

Jane var positiv, lett å samarbeide med og hun stilte opp for kollegene sine. Hun opparbeidet seg etter hvert stor erfaring, noe som førte til at mange gikk til henne når det var noe de var usikre på eller trengte råd om. Hun møtte oss alle med positivitet og godt

humør. Samtidig var hun tydelig og hadde klare meninger. Kanskje var dette noe av grunnen til at hun ble tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund, et verv hun hadde i drøye 10 år. For seks år siden fikk hun diagnosen brystkreft. Hun var igjennom tøffe behandlinger, men i både opp- og nedturer var hun åpen om sykdommen, noe som gjorde det lettere for oss som stod rundt henne. Vi var vitne til det ukuelige pågangsmotet Jane viste. De siste par årene var hun mye syk, men ville likevel jobbe så mye hun følte at hun klarte. Jeg tror arbeidet og gode kolleger ble noe fast og trygt som hjalp henne med å holde fokus i tøffe perioder. Flere ganger de siste årene trodde vi at Jane hadde kommet til veis ende. Hun var i perioder svært dårlig, noe som medførte flere sykehusinnleggelser. Men gang på gang kom hun seg igjen – og hun kom tilbake på jobb og bidro her. Det var så mye livsvilje i henne, og hun ville holde fast ved livet.

Jane etterlater seg et stort tomrom på Diakonova. I tillegg til sorgen kjenner vi også på takknemlighet for alt hun har bidratt med og lært oss i de 16 årene vi fikk ha henne som kollega. Våre tanker går til Janes to døtre Kjersti og Ida og den nærmeste familien.

Vi lyser fred over Janes minne.

Hilde Øieren, studieleder for bachelorutdanningen ved Høyskolen Diakonova

Minneord

Per Engebretsen



1946-2014: Vi som var nære kollegaer med Per Engebretsen (født 16. oktober 1946) forstod at det kunne være alvorleg då Per blei sjuk i vår. Likevel kom dødsbudskapet brått, og det var ein sorgtung dag i Unio då vi fekk vite at han hadde gått bort 18. august.

Per Engebretsen kom til Unio som forhandlingsdirektør i august 2003. Vi var svært glade for å få del i hans formidable kompetanse, erfaring og autoritet. Han var frå første dag ein særskild verdfull ressurs, både i Unio-sekretariatet, i dialogen med medlemsforbunda og i trepartssamarbeidet.

Per Engebretsen kom til Unio frå stillinga som statens personaldirektør, ei stilling han hadde hatt frå 1995. Ei periode var han også konstituert som arbeidsdirektør.

Per Engebretsen var utdanna cand.oecon. frå Universitet i Oslo i 1973. Etter ei periode med faglege stillingar, mellom anna i Norges Skipsforskningsinstitutt, kom han til organisasjonslivet som for-

handlingskonsulent, og seinare forhandlingssjef i AF.

Det var ein person med solid kompetanse frå fleire arenaer og med eit breitt nettverk som i ei årrekke har hatt ein sentral posisjon i Unio. Pers engasjement og kunnskap stoppa ikkje ved lønns- og tariffpolitikken. Han hadde meiningar om mangt – ofte sterke meiningar. Debatt og kollegasamtalar var ein viktig del av arbeidsforma hans, noko vi alle kunne lære av.

Per hadde sine særpreg. Han var sterk, ofte sta, men også smidig. Han kunne vere høgryysta, men også lun og roleg. I forhandlingar – på begge sider av bordet – brukte han kunnskapen sin til fulle, supplerte med både språk og kroppsspråk. Han hugsa betre og meir enn dei fleste. Stakkars den som prøvde seg på omtrentlege historiefortellingar eller – endå verre – omtrentleg omgang med tal og statistikk.

Men framfor alt – Per kunne du stole på. Eit ord var eit ord. Eit kraftsentrum er borte frå arbeidskvardagen vår.

Han var stolt over dei to gutane sine og gledde seg over samveret med barnebarna og sine næraste. Og det er sjølv sagt dei som kjenner det største saknet.

Unio har mista ein svært god kollega, medarbeidar og kamerat.

Anders Folkestad, Unio-leiar og Ingjerd Hovdenakk, sekretariatsjef



Tabu. Alkohol skader og dreper. Langt mer enn andre rusmidler som vi liker å frykte. Men forsøk å pirke bort i nordmannens rett til å gå på fylla. Lykke til.

Alkoholens paradoks

L egeordinert heroin skaper harmdirrende og kraftig moraliserende reaksjoner. Fra de samme som går i krigen for vår rett til å drikke sprit og øl. Det samme gjelder debatten om legalisering av hasj. Ideen vekker et irrasjonelt og uvitenskapelig sinn, igjen hos de samme som forfekter tax free-sprits ytringsfrihet. For nettopp tax free-reglene er det mest tydelige symbolet på denne irrasjonelle tilnærmingen til rusmidler. Med en naiv populisme svekket for vitenskapelige belegg, overgår Frp seg selv i kampen for at nordmenn skal få mest mulig for billigst mulig penge. I tillegg sluses vi alle ufrivillig gjennom alkohol-butikker på vei hjem med fly.

Frp's populisme har ofte mye beundringsverdig ved seg. Ikke rent sjelden har andre partier mye å lære av deres evne til å tekkes mennene og kvinnene i gatene og samtidig være i stand til å kommunisere budskap på utsøkt tabloid vis. Men ikke her. Å spille populist-kortet så hemningsløst i en sak som skader så mange, er rent ut usmakelig.

BLOT OG MJØD. Vi har en sjarmerende kultur som bygger på rask mengdedrikking, der grenseløshet representerer den viktigste grense. Vi underbygger den gjerne med

våre norrøne forfedres blot og mjød, og skaper med den et slør av noe romantisk og skjebnegitt.

Problemet er at det er uromantisk irrasjonelt. 400 dødsfall og 6000 sykehusinnleggelser årlig, det siste en økning på 45 prosent siden tusenårsskiftet. 90 000 personer defineres som storkonsumenter og 10 prosent av befolkningen drikker i en slik grad at man utgjør en potensiell fare for seg selv eller andre. Forbruket har økt med 50 prosent på 20 år.

Det er få som ikke kjenner noen i nær krets som har eller har hatt et alkoholproblem. De fysiske og psykososiale skadene forbundet ved alkoholbruk er udiskutable.

«Alkohol er uten sammenlikning det mest skadelige rusmiddelet i Norge.»

Dette er det heller ingen som benekter. Men det er ikke dermed gitt at svaret ligger i forbud og restriksjoner. Jeg mener ikke at vi skal nektes å drikke alkohol. Men vi har godt av en bredere og mere nyansert debatt om rusmidlenes skadevirkninger. For det fins en

åpenbar og intellektuelt sett pinlig ubalanse mellom lovens og vår kulturs syn på de forskjellige rusmidlenes rolle.

IKKE FORBUD. Jeg er dog ikke nødvendigvis overbevist om at løsningen på ubalansen er å legalisere eller tilgjengeliggjøre de andre rusmidlene i en større grad. Men vi må tørre å tenke åpent om dette. Vi må tørre å se på tallene og lese statistikkene med et ærlig blikk.

Alkohol er *uten sammenlikning* det mest skadelige rusmiddelet i Norge. Den ødelegger familier og barns oppvekst i relativt stor skala. Likevel er det fortsatt slik at alkoholkritikere møtes med et stille fnys. Som om de er ute etter å ødelegge moroa for oss. Når noen tar frem alko-fakta så kjennes det som de angriper vår kulturelle identitet. Med pilsen på bordet har jeg ikke lyst til å høre sånt. I narkotikadebatten er vi forblinnet av egen kultur. Det gjenspeiler seg både i lovverket og hos våre folkevalgte. Straffene for relativt små narkotikaforseelser er uforholdsmessig høye. Politikerne våre snakker om rusmidler som om de ikke har den ringeste peiling på det de snakker om. Når de altså ikke snakker om alkohol. For den kjenner de. ●



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Sosial gründer og skribent, styreleder i Fønix Ruspolitisk Tenketank og tidligere redaktør av gatemagasinet «Oslo. «Årets redaktør» i 2012. Mathiesen er fast skribent i Sykepleien.

Kilder: Folkehelsetilstanden, SSB, SNL, Sirus, Legeforeningen



Depresjon. Jeg får høre: «Les Koranen og alt vil bli fint.»

Psykisk helse er tabu i muslimske miljøer

Etter skuespilleren Robin Williams død har jeg lagt merke til at det har vært mer snakk om psykisk helse i Norge, både i media og på nettet. I muslimske fora har jeg registrert at det er en vanlig oppfatning at deprimerede blir betraktet som folk med lite iman (tro). Dette må vi forandre på. I dagens Norge har muslimske innvandrere kommet langt og er godt integrerte, men det er fortsatt noen steg vi må ta sammen.

TABU. Psykisk helse er et tabuelagt emne i mange muslimske miljøer. Blir det omtalt, er det ikke på en konstruktiv måte. Selv har jeg opplevd dette i min egen familie. Familien min er godt integrert i det norske samfunnet, men min mor og far er også preget av kulturen fra sitt hjemland, for de var godt voksne da de kom til Norge. Min far, spesielt, har hatt problemer med å skjønne fenomenet depresjon. Ikke misforstå meg, han har alltid vært der for meg, men han har ikke helt skjønnet hva depresjon er.

Jeg var på Utøya 22. juli 2011 og har mer eller mindre slitt med depresjon siden. Dette har ikke vært et enkelt tema å ta opp i de muslimske miljøene, selv om min religion tar det for seg. «Les Koranen og alt vil bli fint», hører jeg gjerne.

Jeg leser ofte Koranen, og jeg opplever en spirituell og indre ro, men det stopper ikke vonde tanker fra å komme. Følelsen av å ville gjøre noe, men ikke ha energi, eller at tyngdekraften i kroppen din tvinger deg til å bli hjemme, er ikke fremmed for meg.

HORMONER. Depresjon kan også komme av endringer i hormonene dine. Serotonin, dopamin og norendrenalin er eksempler på stoffer som påvirker stemningsleiet vårt. Medisiner blir brukt til å behandle dette, akkurat som man ville behandlet andre sykdommer, som for eksempel hjerteproblemer. Å fortelle noen at de bare skal la depresjonen gå ut av systemet, blir som å si til noen med hjerteinfarkt om å bare ta seg sammen. Det går ikke.

Flere muslimske lærde har snakket om depresjon, og mener man burde oppsøke profesjonell hjelp hvis man rammes av det, slik man ville søkt profesjonell hjelp

hos en bilmekaniker, advokat eller ingeniør. Dessverre hører vi aldri muslimer om dette i Norge.

UTBREDET. Depresjon er den fjerde største sykdommen i verden, og nest største i utviklete land. Fortsetter problemet å vokse, vil det være den nest største sykdommen i verden innen 2020, rett bak hjerteproblemer. Bare i USA er det estimert at mellom 35 til 40 millioner mennesker vil slite med depresjon i løpet av livet. Vi må stå sammen om å møte denne utfordringen, og vi må sende ut de riktige budskapene og ikke spre fordommer.

KUNNSKAP. Les mer om depresjon og andre psykiske problemer, og jeg skal love deg at du vil få en bedre forståelse av andre mennesker, og selv bli et enda bedre menneske. Da Koranen først ble presentert for Profeten, fred være med ham, var det første ordet i det første verset: Iqra. Det betyr å lese. Kunnskap er sentralt i islam. Jeg ber dere om å søke kunnskap rundt menneskets psyke. Gjør dere det, vil dere ikke bare forstå dere selv bedre, men også dem rundt dere.

Vi er utrolig heldige, vi som lever i en velferdsstat i et land hvor vi har nærmest ubegrenset tilgang på kunnskap. Bruk denne muligheten, og del den med dem rundt deg. ●



Fakta

**Ibrahim
Abdille**

Ungdom fra Utøya

«Min far har hatt problemer med å skjønne fenomenet depresjon.»



Psykisk syke. – Helseapparatet bidrar til å «dømme» mennesker utilregnelig.

«Farlig» er ingen diagnose



Fakta

Linda Øye

1. nestleder Mental Helse

Alle ønsker vi at antallet drap i Norge reduseres. Da er det viktig å vite de faktiske årsaksforholdene som gjør at mennesker begår drap, for at vi som samfunn kan velge de riktige løsningene. Forenkling av årsaksforhold, stigmatisering av en gruppe mennesker og gråsoner, vil aldri være løsningen på problemet.

FARLIGHET OG GRÅSONER. Farlighetsdebatten fikk et sterkt mediefokus da NRK i januar 2014 gjennomførte en kartlegging av drapene i tiårsperioden fra 2003 til 2012. Overskriften som ble brukt var: «102 drept av alvorlig psykisk syke». Det er slike vinklinger og overskrifter som skaper stigma for en hel gruppe mennesker hvor kun mindretallet er farlige. I alle fall for andre enn seg selv. Men så finnes likevel altså denne lille gruppen, som vi må ta på alvor.

AFI-rapporten «Samspill eller svarteper?» som ble lansert i august, snakker om «Når gråsoner blir samsoner», der det fokuseres nettopp på mennesker med sammensatte lidelser og voldelig atferd.

Mental Helse mener at gråsonene ikke nødvendigvis er så store som fagfolk vil ha det til. Vi har 2 lovverk som blandes sammen, og som skal brukes i helt forskjellige tilfeller. Vi har en straffelov for kriminalitet, og vi har en psykisk helsevernlov for mennesker med psykiske lidelser. Jeg skal ikke gå inn i debatten om å endre selve psykisk helsevernlov i denne kronikken, men ta utgangspunkt i hvordan det faktisk er per i dag.

«Psykisk syke har «fribillett» til å begå kriminalitet».

TILREGNELIGHET = STRAFF. Det finnes fire kriterier for utilregnelighet. Disse er helt klare:

§ 20. Tilregnelighet

For å kunne straffes må lovbrysteren være tilregnelig på handlingstidspunktet. Lovbrysteren er ikke tilregnelig dersom han på handlingstidspunktet er

- a) under 15 år,
- b) psykotisk,
- c) psykisk utviklingshemmet i høy grad, eller
- d) har en sterk bevissthetsforstyrrelse.

Bevissthetsforstyrrelse som er en følge av seluforskyldt rus, fritar ikke for straff.

Noe av problemet, slik vi i Mental Helse ser det, er at fagfolk er for feige til å benytte straffeloven der den gjelder. Dette gjelder både helsevesenet, men også politiet.

SVEKKER RETTSSIKKERHETEN. Vi hører dessverre altfor ofte om tilfeller der politi bringer psykisk syke som har gjort kriminelle handlinger til legevakten, og hvor legevakten velger å bruke psykisk helsevernlov i stedet for at vedkommende får en straffesak. Det som ikke mange tenker på er at dette også svekker rettssikkerheten til den som blir tvangsinnlagt. Da blir vedkommende innlagt på tvang uten å få en rettssak. Utilregnelighet skal dømmes i retten, ikke på legevakten. Det vil også medføre at det ikke foreligger noen dom, som igjen i praksis gjør at dette nå er en pasient innlagt på beskyldninger. For det er det det reelt sett er hvis vi skal ta utgangspunkt i «uskyldig inntil det motsatte er bevist». Mental Helse har fått henvendelser fra pasienter som er blitt tvangsinnlagt på denne måten, og som virkelig ønsker å få sine beskyldninger opp i rettsapparatet.

STIGMA FRA HELSEAPPARATET. Mental Helse ser at det fører med seg mye stigma når helseapparatet bidrar til å «dømme» mennesker utilregnelig. Særlig gjelder dette ROP-pasienter (mennesker med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser). Det er ingen automatikk i at ROP-lidelser og voldelighet er det samme som utilregnelighet. Dette fører til at det kommer en oppfatning om at mennesker med psykiske lidelser har «en fribillett til å begå kriminalitet». Vi har til og med hørt i media at mennesker med psykiske lidelser som begår for eksempel vinningskriminalitet uttaler dette selv. Dette blir en belastning for majoriteten av mennesker med psykiske lidelser som faktisk lever lovlige liv. Dette påfører både stigma og skam for en hel gruppe mennesker.

Det er også et økende problem at det er mer voldelig atferd inne på sengeposter. Ansatte ved avdelinger blir utsatt for vold. Dette er en gråsone, og her kan mye gjøres med en trygging av personalet. Jeg har tilbrakt til sammen åtte år på lukkede avdelinger, og jeg vil påstå at ca. 80 prosent av mekanisk tvang kunne vært unngått med en annen tilnærming fra personell på post. Dette ut fra egne erfaringer og observasjoner av medpasienter.

KAOS MØTER KAOS. Når vi som pasienter opplever kaos og at vi mister kontroll, er det viktig å møte trygge relasjoner fra mennesker som kan hjelpe oss til å gjenvinne kontroll. Dette kan skyldes flere ting, for eksempel angst eller psykose. Hvis vi møter personell som viser frykt og er tydelig redde og usikre, eller nedlatende og ikke viser noen forståelse, så går dette sjelden bra. Når kaos møter kaos kan det fort bli krise. Jeg har sett mange eksempler på identiske situasjoner som har oppstått med forskjellig tilnærming. Der det med én tilnærming har roet seg med en røyk utenfor røyketid, og med en annen tilnærming endte med skader på to av de ansatte. Samme situasjon, samme pasient, men altså med katastrofalt forskjellig utfall.

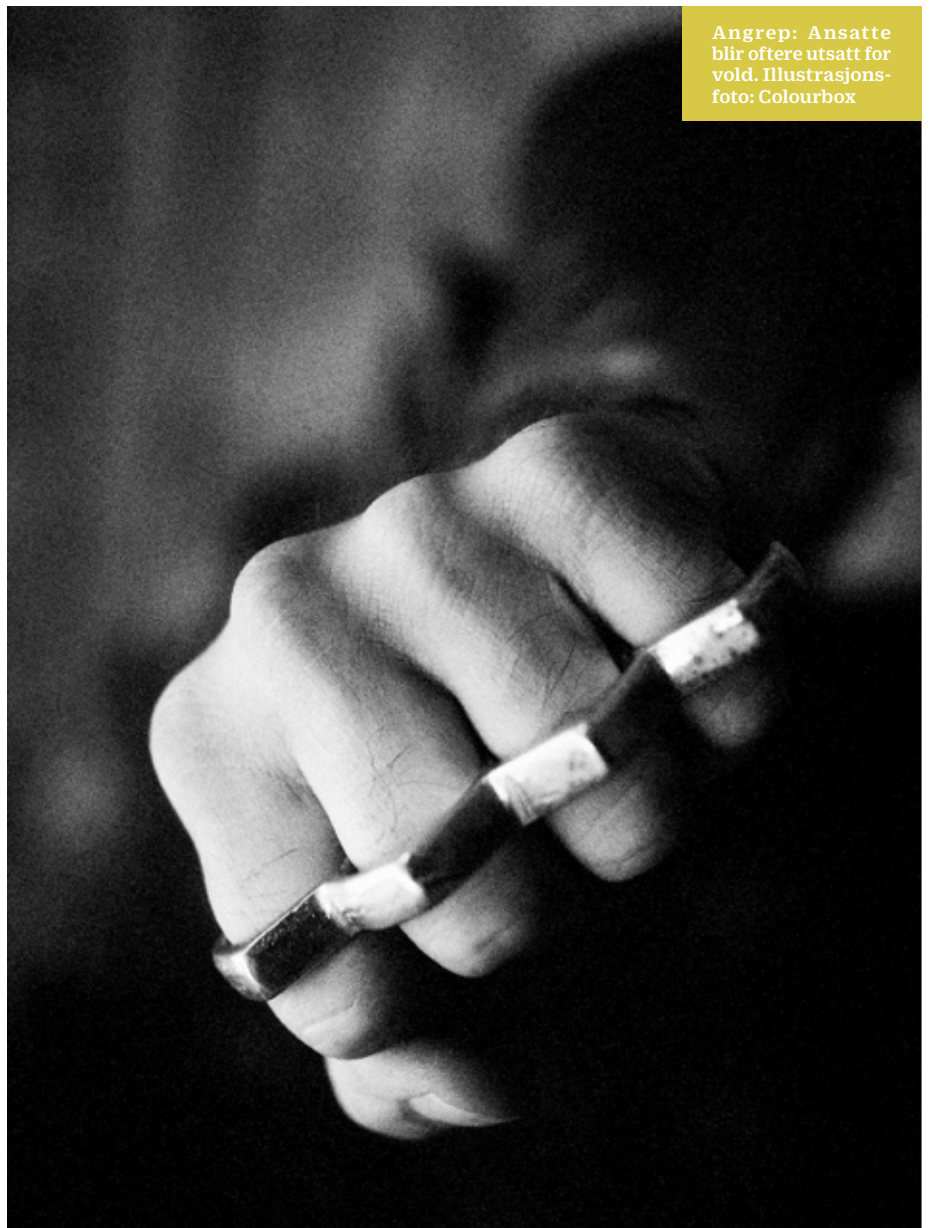
LØSE «GRÅSONENE». Mental Helse mener at her må det jobbes på flere steder. Det må bygges opp et godt og forsvarlig helsetilbud i fengsler, gjerne egne psykiatriske avdelinger inne i fengslene. Det er dessverre slik at selvmord blant innsatte er et økende problem. Fare for seg selv skal også tas inn i dette, selvfølgelig også i fengsler.

Vi vet det finnes flere innsatte med psykiske helseproblemer og psykiske lidelser. Disse har krav på et forsvarlig helsetilbud. Både fordi dette er en rettighet som vi mennesker har, og fordi det vil tjene samfunnet at disse ikke går ubehandlet mens de er innsatt. Det er ikke bra for noen at disse menneskene tilbakeføres til samfunnet uten å ha fått en skikkelig behandling. Det vil også gjøre det lettere å la kriminalitet bli behandlet i rettsapparatet og ikke på legevakten. Det vil føre til at flere av de med voldelig atferd vil få behandling under soning, ikke tvangsinnlegges uten en rettssak.

HELSE OG KRIMINALITET. Det er et helt klart skille på politi og helsevesen. Politi skal jobbe med kriminalitet, og helseapparatet skal jobbe med helsehjelp. Det jobbes mye fra brukerorganisasjonene sin side med å få slutt på at psykisk syke hentes av politi når de skal legges inn på tvang. Dette er snakk om verdighet for den enkelte. Det er først når det skjer noe kriminelt at politiet skal inn. Vi har fått psykebil i Helse Bergen og Helse Stavanger, men det gjenstår altså fortsatt 29 helseforetak før alle har dette tilbudet. Ved å skille helsehjelp og kriminalitet ville det også gjøre det lettere å få syketransport fra ambulansetjenesten og ikke fra politiet.

Det er forskjell på forebygging av vold og faktiske kriminelle handlinger. Forebygging av vold handler ofte om oppfølging og gode relasjoner til helsevesenet. Kriminelle handlinger skal inn i rettsapparatet og eventuell utilregnelighet skal dømmes der. Det er også viktig å huske at en kan være tilregnelig og samtidig ha en psykisk lidelse. Da skal det dømmes fengsel og i tillegg gis helsehjelp inne i fengslene.

RIKTIG ÅRSAK. Mental Helse er svært opptatt av at antallet drap i Norge må reduseres. Da er det viktig å sette inn tiltak på



Angrep: Ansatte blir oftere utsatt for vold. Illustrasjonsfoto: Colourbox

de riktige områdene. Dersom man tror at psykiske diagnoser i seg selv og alene er årsaken, blir løsningen feil og resultatet blir heller ikke færre drap. Vi må se mennesket, livet og erfaringene som en helhet, slik det statlige Olsen-utvalget (NOU 2010:3) gjorde da de gjennomgikk alle drap i Norge i perioden 2004-2009. Utvalgsarbeidet viste at det var flere faktorer som påvirket dem som hadde begått drap. Det var unge menn, ruspåvirket, hadde tidligere voldshistorikk, arbeidstilknytning og livssituasjon. En liten gruppe med helt bestemte diagnoser i en kombinasjon med disse faktorene, hadde høy voldsrisiko. Det er altså sammensatte og kompliserte forhold som ligger bak, en psykisk diagnose alene er ikke årsaken. Det handler uansett om å se «hele mennesket», og ikke lage gråsonene større enn det som er nødvendig. ●



Safia Abdi Haase

Hvorfor: 3. oktober ble hun utnevnt til ridder av 1. klasse av St. Olavs orden for sitt arbeid for kvinners og barns livsvilkår.

Stilling: Prosjektleder i stiftelsen i Amatheia for å bedre minoritets- kvinners og -barns helse

Utdanning: Sykepleier fra Høgskolen i Harstad og master i internasjonal sosial velferd og helsepolitikk

Alder: 54

Safias historie

Åpen. Safia Abdi Haase bruker historien om sin egen omskjæring i arbeidet mot kjønnslemlestelse.

Tekst **Susanne Dietrichson** • Foto **Wanda Nathalie Nordstrøm**





Ny ridder: Safia Abdi Haase kom til Norge som alenemor til tre barn i 1993. I dag er hun sykepleier med master i internasjonal sosialt arbeid og Ridder av St. Olavs Orden.



Safias historie
– Jeg beklager. My house is a mess.
Safia Abdi Haase har akkurat plukket meg opp på togstasjonen i Halden. I baksetet sitter en nevø som er kommet fra Kenya to dager tidligere. Huset er fullt av familie i anledning prisutdelingen. Abdi Haase utnevnes til ridder av St. Olavs Orden for sitt arbeid mot kjønnslemlestelse.

– Vi har litt mange møbler. Dette er en sovesofa, og dette.

Jeg blir vist rundt i en ryddig stue, like fargerik som Haase selv. En rød blomstret sofa. Et stort bilde av Abdi Haase og hennes tyske ektemann i afrikanske klær. Nytrukket te av mynte fra hagen. Utsikt over Femsjøen. Hjemmebakte rundstykker.

– Først drikker vi te med familien, etterpå kan vi trekke oss tilbake, sier Haase.

BARNDOM. En halvtime senere sitter vi ved kjøkkenbordet. Abdi Haase kom til Norge i 1992, som alenemor til tre døtre.

«Moren min var en bestemt dame. Det var hennes vilje at vi skulle omskjæres.»

Hun lærte seg norsk, tok videregående og utdannet seg til sykepleier. I dag jobber hun i Amatheia med kvinne- og minoritetshelse. Målet er å forebygge vold, trafficking og kjønnslemlestelse. Haase har selv vært utsatt for alt dette.

– Jeg ble født i Somalia i 1958 eller 1959, min mor sa av og til det ene og av og til det andre. Men datoen var hun sikker på. Hun likte å si det: «Safia er min femte datter, jeg fikk henne 5/5 klokken fem om ettermiddagen».

Moren fødte til sammen 14 barn, men på grunn av fattigdom og sykdom var det bare fem som vokste opp, fire jenter og én gutt. Faren underviste i Koranen, men hadde problemer med å få jobb så familien flyttet mye rundt, for det meste i Kenya.

– Jeg husker en gang min mor hadde hatt tannverk i mange dager. Til slutt gikk vi til politistasjonen for å få hjelp. Politiet kjørte henne til nærmeste sykehus. Hun var gravid og tannen ble trukket uten bedøvelse fordi vi ikke hadde råd til å betale for det. Det endte med at hun fødte for tidlig. Barnet døde.

Abdi Haase sperrer opp øynene. Håndflatene danser rundt hodet.

– Vi var så fattige. Jeg husker naboen serverte grøt, jeg var så sulten at jeg stakk hele armen ned i gryta og fikk brannskade.

Familien hadde ikke råd til skolegang for barna. Men lille Safia var nysgjerrig og ville lære.

– Jeg fulgte etter søskenbarna mine når de gikk til skolen, men måtte vente utenfor mens de gikk inn i klasserommet. En sjelden gang fikk jeg bli med inn og høre på.

OMSKJÆRINGEN. Abdi Haase var glad i faren sin, men for-

holdet til moren var vanskelig.

– Moren min var en bestemt dame. Det var hennes vilje at vi skulle omskjæres, far var egentlig imot det, men mor var redd for at vi ikke skulle bli gift.

Abdi Haase gledet seg til å bli rein. Da skulle hun få sitte sammen med de eldre jentene, ikke lengre være en «bori qab», som betyr forhud.

– Jeg var ni år. Den dagen vekket moren min meg og sa: «Safia, gå og vask deg nedentil». Hun så redd ut. Jeg ble også redd. Men hun tok meg i armen og fulgte meg inn i et rom der det satt mange kvinner. Jeg ble lagt ned på gulvet, moren min satte seg ved hodet mitt og holdt det fast. Hun sa: «Ikke la stemmen din komme ut av rommet. Det er skam».

Abdi Haases tårer renner mens hun forteller hvordan beina hennes ble tvunget fra hverandre og klitoris og de indre kjønnsleppene skåret bort med et barberblad, uten bedøvelse. Deretter ble huden på de ytre kjønnsleppene skrapet av for til slutt å sys sammen med nål og tråd til en ørliten åpning. Det tok flere timer.

– Mor ville ikke at jeg skulle skrike, men det er klart jeg skrek. Da holdt hun meg for munnen for at skrikene ikke skulle høres. Faren min sto utenfor døren og ropte: «Vi trenger ikke gjøre dette mot jentene våre. Dette er ikke vår religion.» Mor gråt også, men hun ga seg ikke. Etterpå fikk vi godteri og brus.

Beina hennes ble knyttet sammen slik at det skulle gro riktig, men det ble betennelse i sårene.

– Mor måtte tilkalle lege, men han satte sprøyten feil slik at jeg fikk abscess, vil du se?

Abdi Haase bretter bort klærne og et blållilla arr kommer til syne.

– Jeg grodde ikke riktig nedentil, så jeg måtte gjennom det en gang til året etter, sier Haase stille.

Historien om hennes egen omskjæring er Abdi Haases viktigste verktøy i kampen mot kjønnslemlestelse av kvinner. Hun har fortalt den utallige ganger i store og små forsamlinger, på fagdager og seminarer rundt i hele Norge.

– Hvordan er det å dele så mye av seg selv med så mange?

– Det er både og. Jeg forteller slik jeg gjør nå, og jeg gråter for det gjør så vondt. Men det lindrer også. Etter foredraget sier jeg: Nå har dere hørt en historie om en ni år gammel jente. Her sitter Safia som er 45 år eldre. Nå legger vi den historien bak oss, sier Abdi Haase, mens hun tørker tårene med kjolen sin.

– Mange slår tilbake og noen flirer når jeg forteller, særlig somaliske kvinner. Men etterpå kommer de til meg og gråter og ber om hjelp til å få operasjon, slik at de kan åpnes nedentil.

TVANGSEKTESKAP. Det var farens eldre bror som valgte ektemenn til søstrene. Han tok mennene med fra Somalia til Kenya. Men da det ble Abdi Haases tur, nektet hun.

– Jeg sa jeg ville treffe ham, fetteren min som jeg skulle giftes bort til, før jeg sa ja. Og faren min støttet meg. Men jeg ble ikke glad i ham på den måten. Så jeg nektet å gifte meg med ham.

Barn: I barndommens Kenya, som nummer to fra venstre, med to søstre og en bror. Moren fødte fjorten barn, bare fem vokste opp.



Stemme: Jeg ble forelsket i mannen min før jeg hadde sett ham, ved å høre stemmen hans, sier Safia Abdi Haase.

Kropp: Abdi Haase bruker hele kroppen når hun forteller sin historie. Den er ikke for sarte sjeler.

Men moren fant en ny ektemann, bak farens rygg.
– Hun truet meg; sa jeg ville få et barnløst og ulykkelig liv hvis jeg ikke giftet meg med den mannen hun hadde funnet til meg. Først nektet jeg, men til slutt ga jeg opp. Forbannelsene hennes skremte meg, jeg trodde på den.

Abdi Haase ble mishandlet av ektemannen sin i 14 år.

– På bryllupsnatten forsøkte han å trenge inn i meg, men han fikk det ikke til fordi jeg var gjensydd. Til slutt tok han meg med på sykehuset. Jeg måtte opereres og legen ga beskjed om at vi måtte vente med samleie. Men da vi kom hjem tok han meg samme natt.

Mannen kjørte buss i Midtøsten og Haase solgte kaker for å tjene penger til barnas skolegang.

– Mannen min reiste mye, men jeg grudde meg hele tiden til han kom hjem. Barna også. Barn skal glede seg til pappaen deres kommer hjem, men ikke mine barn.

Da Abdi Haase fødte sin tredje datter fikk hun komplikasjoner og måtte ta keisersnitt. Hun overlevde så vidt.

– Da jeg kom hjem etter fødselen voldtok han meg slik at såret på magen sprakk. Jeg måtte til sykehus, men han ville ikke kjøre meg.

SKILSMISSE. En dag orket ikke Abdi Haase mer. Hun tok med

seg barna i en drosje og dro til farens hus. Ansiktet blødde etter mannens slag.

– Jeg sa jeg ville ha skilsmisse. Faren min tok det opp i eldrerådet, men alle var mot meg. Også min far. De ville jeg skulle dra til bake til mannen min.

Abdi Haase dro hjem igjen og mishandlingen fortsatte. Til slutt gikk hun til imamen og anmeldte mannen sin for vold og krevde skilsmisse.

«Jeg er snart 55 år, men jeg har bare eid min egen kropp i 22 år.»

– Imamen ba om et vitne og jeg oppga min far, uten å spørre ham først.

Hun var spent på om foreldrene ville møte i retten, men de kom.

– Jeg tenkte, da faren min ble ropt opp som vitne: «Nå må han velge; mannen min eller meg». Han valgte meg, og jeg fikk skilsmisse.



Abdi Haase bestemte seg for å flykte fra Somalia og dro med døtrene til Mogadishu, der hun hadde fått navnet på en mann som kunne hjelpe henne. Han skaffet pass og flyktningvisum til Norge.

- Men som betaling ville han ha kroppen min.
- På nytt renner tårene.
- Jeg er snart 55 år, men jeg har bare eid min egen kropp i 22 år.

I NORGE. Safia Abdi Haase og døtrene landet i Paris 14. april 1992. Derfra fløy de videre til Norge. Fra Fornebu ble de fraktet med buss til et asylmottak.

– Jeg hadde aldri sett dyner før og skjønte ikke at vi skulle ha dem over oss. Det første vi fikk å spise var fiskeboller. Jeg trodde de var laget av mel, de smakte jo ingenting, forteller Abdi Haase.

De første sju månedene bodde de på Lundeskogen asylmottak i Oppland fylke.

– Der ble vi diskriminert. Barna ble mobbet og ville ikke gå på skolen. «De andre barna krøller sammen papir og kaster på meg. Jeg er ingen søppelbøtte», sa datteren min.

Safia oppsøkte skolen og snakket med lærerne. Deretter inviterte hun hele klassen hjem.

– Jeg lagde god mat og bakte kaker, og vet du hva som skjedde? Barna ble ikke mobbet mer, i stedet fikk de gjester på overnatting!

I 1993 flyttet familien til Harstad. Der fikk de det bra. I tillegg til å utdanne seg startet Abdi Haase Multicultura sammen

«Jeg elsker allslags fisk, og mølje. Og så er jeg veldig direkte.»

med Ola Bremnes, en festival som skal bidra til integrering og forståelse mellom mennesker av alle nasjonaliteter i Harstad-området.

– En kollega fra Harstad sier du er mer nordlending enn henne?

– Jeg elsker allslags fisk, og mølje. Og så er jeg veldig direkte. Da datteren begynte på videregående måtte Haase slutte.

– Hun ville ikke gå på samme skole som moren sin. Da tok jeg videregående på kveldstid i stedet. To år på ett.

– Du var enslig forsørger, lærte norsk, tok videregående og sykepleierutdanning, hvordan greide du det?

– Jeg fikk hjelp av lærere og elever. Og kollokviegruppa, de hjalp meg masse. Men jeg leste mye. Noen ganger fra kl. 04.00 om morgenen.

Abdi Haase drømte om å bli sykepleier allerede som liten jente.

– Jeg husker jeg synes de var så fine i hattene sine. I Kenya hadde sykepleierne makt og status. Sykepleie var en teknisk

jobb, de satte sprøyter og rensset sår, men de drev ikke med omsorg. Det var familiens oppgave, forteller hun.

Men yrkesvalget ble endelig tatt etter en opplevelse hun hadde som tolk på fødestua i Harstad i 1993.

– Jeg ble spurt om å være tolk for en somalisk kvinne som skulle føde. Hun var gjensydd og jordmora skjønte ikke hva det var. Barnet fikk en hjerneskade fordi det ikke ble forløst i tide. Da forsto jeg at jeg hadde en jobb å gjøre.

RIDDER. Abdi Haases mobil ringer og meldingene tikker inn med jevne mellomrom. Hun tar den.

– Hei, jeg sitter her og blir intervjuet av din kollega fra Sykepleien. Haase slår ut med hendene.

– Det var fra NSF. De sier vi blir for mange. Det kommer familie fra Afrika og Tyskland som vil være med å feire. Jeg vet ikke hva vi skal gjøre.

Mannen til Abdi Haase er tysk. De møttes i Halden i 2006, året etter flyttet de sammen.

– Vi traff hverandre hjemme hos en felles venninne, forteller Abdi Haase.

– Jeg ble forelsket i stemmen hans. Jeg hørte ham prate fra et annet rom og fikk hjertebank før jeg hadde sett ham.

Stemmen blir myk.

– Jeg har møtt mange harde skuldre, men aldri hos mannen min. Vet du hva? Når han kommer hjem fra jobb spør han hva jeg vil ha til middag og så lager han mat til meg.

Det tok tid før Abdi Haases familie aksepterte hennes nye mann.

– Søskenene mine ville jage ham fordi han ikke var muslim.

Mannen til Abdi Haase konvertert til islam slik at de kunne gifte seg.

– Jeg er blitt krenket av min egen familie. Jeg har tilgitt dem, men jeg glemmer aldri.

– Hva betyr det for deg å få St. Olavs Orden?

– Å, det er stort! Det er en gave, og det skal feires. Men det er også vanskelig.

– Hvordan da?

– Det er mange som har jobbet for dette like mye som meg. Men jeg tar den imot for alle oss som jobber for kvinners rettigheter og for alle kvinner som lever med synlig og usynlig vold. Medaljen stiller også krav til meg. Nå skal jeg jobbe enda mer.

– Er du feminist?

– Jeg vet ikke hva du mener med feminist, men likestilling for meg er noe vi må lære, både kvinner og menn. Kvinner må gi fra seg den posisjonen de har i familien, og menn må gi fra seg makt.

Mynteteen er blitt kald. Abdi Haase vasker opp. Drosjen min venter utenfor. Tre av nevøene slår følge. De skal til Fredrikstad.

– Beklager at jeg ikke rakk å kjøre deg til stasjonen, men gjestene fra Tyskland kommer om ett kvarter! ●

susanne.dietrichson@sykepleien.no

JOB

Del 5 Sykepleien 12 | 2014

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleien.no

STEIGEN KOMMUNE



Steigentunet ligger i kommunesenteret Leinesfjord og ble åpnet i 2001. Her er helse- og omsorgstjenesten samlet i ett bygg med legekantor, kommunal legevakt, familiesenter, sykehjem, hjemmetjeneste og omsorgsboliger.

Helsesøster

- **75 % stilling i helsestasjonen og skolehelsetjeneste**

Steigen kommune har ofte eksternt finansierte prosjekter innenfor arbeidet med barn/unge, slik at det kan være muligheter til utvidelse av stillingen.

Kontaktperson for stillingen er Helse- og omsorgsleder Siv Johansen 476 40 622 eller ledende helsesøster Hilde Husøy 959 43 047.



Bogruppeleder

- **100 % vikariat som bogruppeleder frem til 31.12.2015.**

Vi søker etter en person som har gode lederegenskaper, evner til samhandling og utvikling av egen organisasjon.

Kontaktperson for stillingen er Mona Nystad, 404 53 460.

Områdeleder

- **100 % fast stilling som områdeleder i hjemmesykepleien.**

Områdeleder har i tillegg til sykepleierfaglig arbeid, avsatt tid til faglig ledelse innenfor sitt tjenesteområde.

Kontaktperson for stillingen er Bergitte Gabrielsen, 452 79 898.

For fullstendige annonsetekster og elektronisk søknadsskjema se www.jobbnorge.no

Søknadsfrist: 31.10.2014.

Vi ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselgere.

Sykehuset Østfold gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Vi samarbeider med fastleger, kommunehelsetjenesten og andre helseforetak for å gi Østfolds befolkning et best mulig helsetilbud. Vi er et sykehus i utvikling. Nytt sykehus på Kalnes i Sarpsborg vil stå ferdig i 2015, og Sykehuset Østfold Moss er oppgradert. Dette skal, sammen med helsetjenester i Østfolds fem regioner, gi gode helsetjenester til befolkningen i fremtiden. Vi er en av Østfolds største arbeidsplasser med 4800 medarbeidere, og er lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Sarpsborg, Askim og Eidsberg.

Barneavdelingen - Nyfødtintensiv

Sykepleier/spesialsykepleier

3 x 75 % stillinger, vikariater, ledig fra dags dato med mulighet for fast ansettelse.

Kontaktinfo: Seksjonsleder Nina Elisabeth Labori, tlf. 69 86 13 94 eller fagutviklingssykepleier Tanja Krogsrud, tlf. 69 86 13 93.

Referansenr. 2346276972

Søknadsfrist: 2. november 2014

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.sykehuset-ostfold.no og www.nav.no. Søknad sendes elektronisk via link på www.sykehuset-ostfold.no.



SYKEHUSET ØSTFOLD

frantz.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Akuttmedisinsk klinikk – Akuttmottak/Observasjonspost

Sykepleiere

- Faste stillinger og vikariater.

Akuttmottaket og observasjonsposten er en del av Akuttmedisinsk klinikk ved UNN.

Akuttmottaket har ansvar for mottak av øyeblikkelig-hjelp pasienter som kommer til sykehuset. På kveldene og nettene tar vi også hånd om polikliniske pasienter.

Observasjonsposten er en klinisk beslutningsenhet som innen 24 timer skal beslutte om pasienten kan reise hjem eller legges inn i sykehuset for videre utredning eller behandling.

Kontakt: Inger Ruderaas, tlf. 77 62 62 34 eller Lars Røslie, tlf. 77 62 78 25.

Hjerte-lungeklinikken – Medisinsk intensiv (MIA)

Spesialsykepleiere/sykepleiere

- Faste stillinger.

Avdelingen tar imot dårlige medisinske intensivpasienter. Vi har høy kompetanse og engasjerte medarbeidere i et godt fag- og arbeidsmiljø.

Kontakt: Ann Jorunn Johansen, tlf. 77 62 80 71 eller Renate Gamst Jenssen, tlf. 77 66 92 90.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVIESSU



frantiz.no

Sykehuset Østfold gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Vi samarbeider med fastleger, kommunehelsetjenesten og andre helseforetak for å gi Østfolds befolkning et best mulig helsetilbud. Vi er et sykehus i utvikling. Nytt sykehus på Kalnes i Sarpsborg vil stå ferdig i 2015, og Sykehuset Østfold Moss er oppgradert. Dette skal, sammen med helsetjenester i Østfolds fem regioner, gi gode helsetjenester til befolkningen i fremtiden. Vi er en av Østfolds største arbeidsplasser med 4800 medarbeidere, og er lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Sarpsborg, Askim og Eidsberg.

Barneavdelingen - Sengepost - barn

Sykepleier/spesialsykepleier

Faste og vikariater i 75 % stillinger

Kontaktinfo: Seksjonsleder Elin Martinsen, tlf. 69 86 13 40 eller seksjonsleder Ina Kristin Hanssen, tlf. 69 86 13 90.

Referansenr. 2343126464

Søknadsfrist: 2. november 2014

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.sykehuset-ostfold.no og www.nav.no. Søknad sendes elektronisk via link på www.sykehuset-ostfold.no.



frantiz.no

Ledig leiarstilling i Lom kommune

Pleie- og omsorgssjef i Lom kommune

Pleie- og omsorgssjefen vil ha det overordna ansvaret for m.a. sjukeheim, heimebaserte tenester og bufellesskap.

Pleie og omsorg har om lag 80 årsverk.

Nærare informasjon om stillinga får du hjå administrasjons-sjef Ola Helstad, 971 61 865, ola.helstad@lom.kommune.no eller kommunalsjef Bjørn Bakke, telefon 909 47 300.

Namn på søkjarar vil bli gjort offentleg.

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknad på www.lom.kommune.no.

Søknadsfrist 27. oktober 2014.

Sognefjellsvegen 6, 2686 Lom
Telefon: 61 21 73 00
post@lom.kommune.no
www.lom.kommune.no



Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssjukehus eies av Helse Vest, og har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Sør-Rogaland. Med 7300 ansatte er vi en av regionens største virksomheter. Foretaket har fire hovedoppgaver; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, pasientopplæring og forskning. Vår visjon er at vi gjennom disse oppgavene skal fremme helse og livskvalitet.

Avdeling for blod og kreftsykdommer, Hematologi, 2K har ledig stilling for:

Onkologisk sykepleier/sykepleier

OM STILLINGEN

Klinikk for blod- og kreftsykdommer er fylkets spesialavdeling for diagnostikk, behandling, pleie og omsorg ved blod- og kreftsykdommer i samarbeid med Haukeland og Hugesund sykehus.

KVALIFIKASJONER

Autorisert sykepleier
Gode norskkunnskaper
Videreutdanning i kreftsykepleie
Relevant erfaring i kreftsykepleie kan vurderes ved manglende spesialutdanning
Sertifisert til å administrere cytostatika

Kontaktperson: avdelingssykepleier Marie Dyrøy Røkenes tlf. (+47) 51 51 90 52

Søknadsfrist: 31.10.2014

For å lese mer og søke på stillingen se www.sus.no/jobb og utdanning



Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullem og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for mennesket

Spennende lederstilling på Vinderen ledig

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker ny enhetsleder til Allmennpsykiatrisk døgnettenhet.

Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 49 84 12 / 920 32 854

Les mer om stillingen på www.diaconhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.



Diakonhjemmet Sykehus

Søknadsfrist 17.11.14

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

UiO Universitetet i Oslo

Barne- og ungdomsklinikken (BUK), Avdeling for nyfødt
Spesialsykepleiere/sykepleiere

Les mer om stillingene på www.ahus.no/jobbsok

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

UiO Universitetet i Oslo

Sengeområdet for geriatri og generell indremedisin søker
Spesialsykepleiere/sykepleiere

Les mer om stillingene på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Blå Kors Øst

«Med hjerte, kunnskap og kraft skaper Blå Kors muligheter for mestring og mening»

Blå Kors Øst er en del av Blå Kors Norge, som er landets største private/ideelle aktør innenfor rus og avhengighetsrelatert behandling. Blå Kors Norge har om lag 2800 individuelle medlemmer, 28 medlemsorganisasjoner, 52 virksomheter og hjelpetiltak, over 1000 ansatte og driver et omfattende arbeid innen forebygging, behandling og oppfølging.

Vi søker etter :

+ Sykepleier/vernepleier , 50% stilling

Vi søker etter sykepleier/vernepleier i 50% fast stilling, nattevakt til vår nyetablerte behandlingstilbud på Slemdal i Oslo fra januar 2015.

Spørsmål om stillingene kan rettes til:

Brith Sjøvold, tlf. 911 93 146 eller Signe Ma Riiser, tlf. 922 27 411.

Søknadsfrist: xx. oktober 2014

For fullstendig stillingsutlysning og elektronisk søknadsskjema, se: www.blakors.no eller www.jobbdirekte.no/blakors

Aktuelle kandidater vil bli kontaktet. Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.

4.000 har lastet ned
Sykepleiens app! Prøv du også!

Har du iPad eller Android er det bare å søke på Sykepleien i App Store eller Google Play. Det er den første som kommer opp.

Sykepleien

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - BERGEN - BODØ - KRISTIANSAND
TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER

mediyoga.no +46 85 40 882 80



MEDIYOGA®
Forskning · Kunnskap · Utdanning

«Oppnå mer med mindre stress
med Oppmerksomhetstrening (OT)
– mindfulness»

Kurs i Oslo, 2015

(Senter for Stressreduksjon, www.scat.no)

2 UTDANNINGER SOM INSTRUKTØR I OT
(3 X 2 DAGER + EGEN DAGLIG TRENING)

Vinter 2015: fredag og lørdag 9. – 10. jan., 6. – 7. febr., 6. – 7. mars
Høst 2015: fredag og lørdag 21. – 22. aug., 18. – 19. sept., 23. – 24. okt.

Læringsmål: Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

2 INTRODUKSJONSKURS (2 DAGER)

Fredag – lørdag, 24. – 25. april

Fredag – lørdag, 9. – 10. oktober

OT: En selvutviklingsmetode gjennom bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress) energien på en positiv måte.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., forfatter av flere bøker om OT, utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA.

For mer informasjon kontakt:

ajkroese@online.no, tel. 90151734 eller www.scat.no

www.vt-medical.com
AKTROMMET

**UTSTYR TIL DEG SOM
HELSEARBEIDER**

Vaktrommet A/S leverer utstyr til legekontor, sykehjem, alle små og store helseinstitusjoner og til deg privat. Besøk vår nett-butikk:

www.vaktrommet.no



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
Tel: 926 97 497

Lik oss og vær med i trekninger!

Vi tilbyr høgskoleutdanning innen
hudpleie og kosmetiske
behandlinger for sykepleiere



Senzie Akademiet satser på videreutdanning av sykepleiere innen hudpleie og medisinske behandlinger. 15 studiepoeng pr studie, og studiestart vår og høst.

Vi tilbyr to høgskolestudier:

- Hudpleie for sykepleiere
- Kosmetisk dermatologisk hudbehandling

Vi har anerkjente forelesere og leger til å undervise på Kosmetisk dermatologi. Vi har blant andre dr. Bjørn Tvedt fra Akademiklinikken, dr. Michael Zangani fra hudavdelingen på Rikshospitalet, og den anerkjente legen Kieren Bong fra Skotland.

Les mer på www.senzie.no eller kontakt oss på tlf: 911 007 99

senzie
akademiet



“ - Skolen har gitt meg ny inspirasjon og jeg har lært utrolig mye. Jeg har vært så heldig å få undervisning av dyktige hudleger og sykepleiere som har delt raust av sine kunnskaper!

Kristin Waage, sykepleier på Sørlandet Sykehus i Kristiansand og en av våre tidligere studenter.

Nytt studie i 2015:
“Ledelse og drift av helse- og velværeklippere.”
Følg med på www.senzie.no



Fire land
– én reise!

KUN KR

24 998,-

Magiske Sør-Amerika

Argentina, Uruguay, Paraguay og Brasil: lidenskapelig tango, fossende vannfall og to av verdens vakreste storbyer – med Albatros-reiseleder, 13 dager

Albatros Travel og Sykepleien har satt sammen en rundreise som kombinerer de berømte storbyene Buenos Aires og Rio de Janeiro, med de imponerende Iguazú-fallene og en avstikker til både Uruguay og Paraguay.

I Buenos Aires venter byvandring i de elegante kvarterene og et lidenskapelig tangoshow. I Rio tar vi oss til Copacabana, tar taubanen opp til Sukkertoppen og beundrer den berømte Kristusstatuen. Dessuten har vi to dager ved de mektige Iguazú-fallene, der vi virkelig har sjansen til å bli i ett med naturen.

Avreise 7. mars 2015

Kr 24 998,-

Enkeltromstillegg kr 4 498,-

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, utflukter ifølge program, fly Oslo–Buenos Aires og Rio de Janeiro–Oslo, fly Iguazú–Rio de Janeiro, fly Rio de Janeiro–São Paulo, innkvartering på gode hoteller i delt dobbeltrom, 1 overnatting i førsteklasses nattbuss, frokost daglig, middag dag 4 og lett middag i nattbussen dag 5, skatter og avgifter.



DAGSPROGRAM

- Dag 1** Avreise fra Norge
- Dag 2** Buenos Aires. Byrundtur
- Dag 3** Båttur fra Buenos Aires til Colonia, Uruguay
- Dag 4** Buenos Aires. Byrundtur og tangoshow
- Dag 5** Buenos Aires. Tid på egen hånd og nattbuss mot Paraguay
- Dag 6** Posadas – Encarnación, Paraguay. Utflukt til jesuitt-misjonsbyer
- Dag 7** Encarnación–Ciudad del Este–Iguazú
- Dag 8** Iguazú-fossefallet, den argentinske siden
- Dag 9** Iguazú-fossefallet, den brasilianske siden – Rio de Janeiro, Brasil
- Dag 10** Rio de Janeiro. Corcovado-fjellet, Kristusstatuen og spasertur på Copacabana
- Dag 11** Rio de Janeiro. Sukkertoppen og rundtur i Santa Teresa-kvarteret
- Dag 12** Rio de Janeiro – hjemreise
- Dag 13** Ankomst til Norge

Medl. DK RGF. Med forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger.

Les mer på www.albatros-travel.no/SYK

info@albatros-travel.no. Vennligst opplys reisekode LR-SYK

Åpent man–fre 8:30–17:00 & lør–søn 10:00–15:00. Ring på tlf.: 800 58 106

Albatros

Nye

Uracyst®

– 2% løsning kondroitinsulfat 400mg



Uracyst® reparerer det ødelagte beskyttelseslaget i blæren

Smertefull Blære Syndrom/Interstitiell Cystitt (PBS/IC) er en kronisk inflammasjon i blæreveggen av ukjent årsak. Uracyst® er et sterilt kondroitinsulfat for effektiv behandling av PBS/IC via urinkateter.

Uracyst® har i tillegg dokumentert effekt ved:

- Strålingsindusert cystitt
- Kjemisk indusert cystitt
- Overaktiv blære som ikke svarer på konvensjonell terapi
- Pasienter som lider av kroniske urinveisinfeksjoner

***”47 % respondere etter 6 instillasjoner,
60 % etter 10 instillasjoner”***

***”96 % av pasientene opplevde noen form
av forbedring”***

Ref. study: J. Curtis Nickel et. al. 2008 BJUI

Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com

 **Navamedic**